

Seguro Vida Grupo Experiencia Combinada

Condiciones Generales

Índice

1. DEFINICIONES	5
1.1. Accidente	5
1.2. Asegurado	5
1.3. Asegurado Titular	5
1.4. Aseguradora y/o Compañía y/o Zurich México	5
1.5. Asesores	5
1.6. Autoempleados	5
1.7. Beneficiarios	5
1.8. Beneficio	5
1.9. Certificado o Certificado Individual	5
1.10. Contratante	6
1.11. Contrato de Seguro	6
1.12. Consentimiento	6
1.13. Culpa grave	6
1.14. Empleados	6
1.15. Endoso	6
1.16. Enfermedad	6
1.17. Enfermedad preexistente	6
1.18. Evento	7
1.19. Grupo Asegurable	7
1.20. Grupo Asegurado	7
1.21. Invalidez Total y Permanente	7
1.22. Médico	7
1.23. Mejor estimador de riesgos en curso	7
1.24. Pérdidas Orgánicas	7
1.25. Periodo de espera	7
1.26. Póliza o Contrato de Seguro	8
1.27. Prima Neta de Riesgo	8
1.28. Reglamento del Seguro de Grupo	8
1.29. Reserva de riesgos en curso	8
1.30. Socios	8
1.31. Socios de Sociedad Civil	8
1.32. Solicitud de Seguro	8
1.33. Suma Asegurada	8
1.34. Suma Asegurada Máxima Individual	8
1.35. UMAM	8
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO	9
2.1 Vigencia	9

2.2	Renovación.....	9
2.3	Rehabilitación	9
2.4	Terminación	9
2.5	Cancelación anticipada del Seguro	10
2.6	Obligación del Contratante.....	10
2.7	Alta de Asegurados.....	10
2.8	Baja de Asegurados.....	11
2.9	Registro de asegurados	11
2.10	Cambio de contratante	11
2.11	Certificados individuales	11
2.12	Derecho a seguro individual.....	12
2.13	Participación en las utilidades o Dividendos.....	12
2.14	Notificación de cúmulos	13
2.15	Tipos de Administración	13
2.16	Suicidio	14
3.	OBJETIVO DEL PLAN	14
4.	COBERTURA BÁSICA.....	14
4.1	FALLECIMIENTO	14
4.2	GASTOS FUNERARIOS (Básica o Adicional).....	15
5.	COBERTURAS ADICIONALES.....	15
5.1	COBERTURA DE INVALIDEZ	15
5.1.1.	EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)	15
5.1.2.	EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (BITA)	16
5.1.3.	PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (BAIT).....	16
5.1.4.	PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (BAITA)	16
EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ	16	
5.2	MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS	17
5.2.1	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)	17
5.2.2	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO) ...	18
5.2.3	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPOC)	18
5.3	OTROS BENEFICIOS ADICIONALES	21
5.3.1	BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES ÚLTIMOS GASTOS.....	21
5.3.2	BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS (ANTICIPO)	21
6.	INDEMNIZACIONES	22
6.1	Aviso	22
6.2	Requisitos para el pago de Reclamaciones	22
6.3	Indemnización	26

6.4	Comprobación del Siniestro	26
7.	CLÁUSULAS GENERALES	26
7.1	Contrato	26
7.2	Rectificación de la Póliza	26
7.3	Modificaciones al Contrato	27
7.4	Comunicaciones y/o Notificaciones	27
7.5	Prescripción	27
7.6	Competencia	27
7.7	Indemnización por mora	28
7.8	Entrega de documentación contractual	28
7.9	Entrega electrónica de documentación contractual	28
7.10	Moneda	28
7.11	Comisiones y Compensaciones Directas	28
7.12	Edad	28
7.13	Residencia	29
7.14	Cambio de ocupación	29
7.15	Beneficiarios	29
7.16	Disputabilidad	30
7.17	Omisiones o Inexactas Declaraciones	30
7.18	Prima	30
7.19	Contribución de los Asegurados	31
7.20	Ajuste a la Suma Asegurada	31
7.21	De Sanciones	31
7.22	Cláusula de Arbitraje	31
7.23	Agravación de Riesgo	32
8.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	33
9.	MARCO LEGAL	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 días siguientes a la fecha del accidente.

1.2. Asegurado

Es la persona física integrante del Grupo Asegurado que cumplen con los requisitos de elegibilidad, quien firma el consentimiento como miembro del Grupo Asegurado y que se encuentra amparada por los riesgos descritos en este Contrato por las coberturas indicadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

1.3. Asegurado Titular

Persona que firma el consentimiento y es miembro directo del Grupo asegurado y se encuentra amparada por los riesgos cubiertos en la Póliza.

1.4. 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.

1.5. Asesores

Es un profesional que ofrece servicios de consultoría.

1.6. Autoempleados

Sin Relación laboral. Trabajador independiente o por cuenta propia: persona física que no esté sujeta a una relación de subordinación laboral y que no recibe un salario sino genera ingresos por el libre ejercicio de su profesión, oficio o actividad, así como los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios, patrones con trabajadores asegurados a su servicio o aquellas personas que cubran el pago de las cuotas obrero-patronales establecidas para la incorporación voluntaria al régimen obligatorio. (ver como referencia Art. 5-A de la Ley del Seguro Social).

1.7. Beneficiarios

Las personas que reciban el Beneficio amparado por las diferentes coberturas, en caso de realización del siniestro.

El Asegurado podrá modificar en cualquier tiempo la designación de Beneficiarios, mediante notificación por escrito que deberá remitirse a la Compañía para la anotación correspondiente.

En el supuesto de que la notificación de que se trata no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento, el Asegurado acepta y conviene que el pago se realizará sin responsabilidad alguna para ésta.

1.8. 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.

1.9. Certificado o Certificado Individual

Son los certificados individuales de seguro colectivo expedido por la Aseguradora mediante los cuales, hace constar el aseguramiento de cada integrante de la colectividad como Asegurado donde se describen las condiciones, las coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la vigencia que corresponda, la designación de Beneficiarios bajo las cuales ha quedado asegurado en la Póliza y, en general los datos a que hace referencia el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Todos los Certificados Individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada

Asegurado, salvo pacto en contra establecido en Endoso correspondiente.

1.10. Contratante

Es aquella persona física o moral, cuya propuesta sirve de base para la expedición de esta póliza y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo Asegurado.

1.11. Contrato de Seguro

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

Estas condiciones generales;

La solicitud;

La carátula de la póliza

Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro;

Los Endosos que en su caso se agreguen;

Consentimientos

Certificados Individuales

Todos aquellos documentos entregados por la Compañía.

1.12. Consentimiento

Documento expedido por la Compañía y entregado a los Asegurados a través del Contratante o intermediario, mediante el cual el Asegurado acepta su inclusión al Grupo Asegurado y además designa a sus Beneficiarios.

1.13. 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.

1.14. Empleados

Son aquellos con relación laboral con el Contratante y de conformidad con alguna Ley de seguridad vigente.

1.15. Endoso

Documento que modifica las condiciones originalmente contratadas de la póliza, previo acuerdo entre el Asegurado y la Compañía; y forma parte integrante de ésta última. El cual deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.16. 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 días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en el certificado individual del Asegurado y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

1.17. Enfermedad preexistente

Se considera padecimiento preexistente a la enfermedad cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro. La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, mediante alguno de los siguientes supuestos:

- Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, y/o;
- Que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, y/o;

- Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

1.18. 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.

1.19. Grupo Asegurable

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro y cuyas características se mencionan en la carátula de la póliza, pudiendo ser éstas de forma enunciativa más no limitativa: Asesores, autoempleados, empleados, socios y socios de sociedad civil, según se definen dichos términos en este apartado.

1.20. Grupo Asegurado

Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de asegurabilidad y elegibilidad definidos por la Compañía y han sido aceptados por ésta como asegurados, que han llenado, firmado su Consentimiento y entregado a la Compañía por conducto del Contratante, en consecuencia, sus nombres aparecen inscritos en el Registro de Asegurados a que hace referencia el Reglamento del Seguro de Grupo.

1.21. Invalidez Total y Permanente

Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia del certificado individual, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o padezca 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 presume que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente, y no opera el período de espera citado 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.

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 que valúe el estado de invalidez.

1.22. Médico

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

1.23. Mejor estimador de riesgos en curso

Es la reserva de riesgos en curso menos el margen de riesgo.

1.24. Pérdidas Orgánicas

Por pérdida de una mano: Se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Pérdida de los dedos: Su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos.

Pérdida de la vista: Se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

1.25. Periodo de espera

Lapso de tiempo ininterrumpido que debe de transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza y/o Certificado Individual por cada Asegurado, y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio contratado, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

1.26. 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.

1.27. Prima Neta de Riesgo

Para efectos de esta cláusula la prima neta de riesgo o prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

1.28. Reglamento del Seguro de Grupo

Para efectos de este contrato significa el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.29. Reserva de riesgos en curso

Monto que se obtiene de multiplicar la prima de tarifa no devengada de cada certificado en vigor por el índice de siniestralidad última total, más el porcentaje de gastos de administración, y al resultado se le sumará el margen de riesgo.

1.30. Socios

Personas físicas que constituyen una sociedad, en su calidad de Socios, aportando dinero u otros bienes.

1.31. Socios de Sociedad Civil

Por el contrato de sociedad los socios se obligan mutuamente a combinar sus recursos o sus esfuerzos para la realización de un fin común, de carácter preponderantemente económico, pero que no constituya una especulación comercial.

1.32. 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 Asegurado.

1.33. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, certificados individuales, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

1.34. Suma Asegurada Máxima Individual

La Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurado sin necesidad de pruebas médicas. La SAMI que se le podrá otorgar a un Asegurado para la presente póliza se establece en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Se determinará la SAMI sin requisitos de Asegurabilidad dependiendo del número de miembros y de la Suma Asegurada promedio del Grupo Asegurado, una vez obtenida la SAMI sin requisitos de Asegurabilidad, las personas que rebasen ésta, tendrán que presentar pruebas médicas por el excedente de acuerdo con los requisitos de Asegurabilidad fijados por Zurich México.

1.35. UMAM

La Unidad de Medida y Actualización Mensual es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

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. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO

2.1 Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

2.2 Renovación

La Compañía podrá renovar el Contrato de Seguro de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato. **En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, contenidas en las notas técnicas respectivas.**

Lo anterior de conformidad con el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Es indispensable también que el CONTRATANTE solicite dicha renovación a más tardar dentro de los 30 días anteriores a la terminación de vigencia del contrato anterior.

El pago de la prima acreditada, mediante el recibo emitido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

2.3 Rehabilitación

El contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

- a) El CONTRATANTE, deberá solicitar por escrito la REHABILITACIÓN dentro de los 30 días siguientes al momento en que cesó sus efectos el contrato por falta de pago de primas, en términos de lo dispuesto por la cláusula 7.18 Prima.
- b) Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación el Grupo deberá reunir el requisito de número de miembros pactado en la carátula de la póliza y los requisitos que señala el Reglamento del Seguro de Grupo.
- c) El CONTRATANTE, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la COMPAÑÍA el importe de la prima o primas vencidas.
- d) La Compañía, en caso de considerarlo procedente, realizará la Rehabilitación, señalando el día y hora a partir del cual surtirá efectos la misma, así como las condiciones que aplican a esta rehabilitación.
- e) **El lapso comprendido entre el momento en que el contrato cesó en sus efectos por falta de pago de primas y el momento en que se rehabilite a través del endoso respectivo, se considerará periodo al descubierto y en ningún caso la Compañía responderá por un siniestro ocurrido durante el mismo.**

2.4 Terminación

La póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- Al concluir el plazo de vigencia que aparece en la carátula de la póliza y para cada Asegurado la indicada en el Certificado Individual.
- Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes.
- Respecto de cada Asegurado y/o Certificado Individual, cesarán automáticamente los efectos de este contrato:
- Si el Asegurado deja de pertenecer al Grupo Asegurado. En este caso, la Compañía enviará un aviso de cancelación, siendo efectiva desde el momento de la separación, **quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.**
- Si el Asegurado al momento de la renovación, alcanza la edad de cancelación establecida en su caso para cada cobertura.
- Cuando la suma de las indemnizaciones pagadas al Asegurado por uno o más accidentes sufridos

durante la vigencia de la póliza, agote la suma asegurada contratada o, esta póliza quede cancelada.

2.5 Cancelación anticipada del Seguro

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a la Compañía. Dicho aviso por escrito deberá presentarse en el domicilio de La Compañía donde después de ser plenamente identificado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación, y le será sellado el aviso.

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

Sólo para los casos en que la Póliza fue pagada en su totalidad en un solo pago, la Compañía reembolsará por medio de transferencia bancaria electrónica, en un plazo no mayor de 7 días hábiles; la prima de riesgo no devengada que corresponda. La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes del Grupo calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Para las pólizas con pago fraccionado, no aplicará devolución de prima no devengada si el próximo pago aún no ha sido cobrado por la Compañía. La Compañía inhibirá el cargo programado de prima fraccionado una vez recibida dicha solicitud de cancelación.

Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

2.6 Obligación del Contratante

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

- a. Informar a la Compañía mediante la solicitud de seguro y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, el ingreso al Grupo Asegurado, de nuevos integrantes, incluyendo los consentimientos respectivos, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, si el objeto del contrato de Seguro de Grupo es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b. Informar a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes al Grupo Asegurado.
- c. Informar a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, como el cambio de ocupación de los miembros del Grupo Asegurable.
- d. Informar a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, los nuevos consentimientos de los ASEGURADOS cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.
- e. El Contratante sólo podrá solicitar ingresos al Grupo Asegurado de aquellas personas que cumplan con las características establecidas en la carátula de la Póliza.

El contrato de seguro será nulo para dichos integrantes reportados por el Contratante que no cumplan dichas características, aún y cuando el Contratante les haya recabado el llenado de consentimiento o se les haya emitido el certificado individual.

En caso de que el Contratante omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada, **será nulo el seguro correspondiente a dichos Asegurados, quedando liberada la Compañía de toda responsabilidad.**

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el cumplimiento de las obligaciones antes indicadas a cargo del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

2.7 Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

2.8 Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente en un plazo no mayor a 7 días hábiles.

2.9 Registro de asegurados

La Compañía llevará un Registro de Asegurados en el que consten por lo menos, los siguientes datos:

- a. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado;
- b. Suma asegurada o regla para determinarla;
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d. Operación y plan de seguros de que se trate;
- e. Número de Certificado individual y Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

2.10 Cambio de contratante

Cuando hay un cambio de Contratante en los seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada en un plazo no mayor a 7 días hábiles.

2.11 Certificados individuales

La Compañía expedirá y enviará al Contratante, para que éste los entregue a los Asegurados, certificados individuales que expresarán los siguientes datos:

- a. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía;
- b. Firma del funcionario autorizado de la Compañía;
- c. Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado Individual;
- d. Nombre del Contratante;
- e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
- f. Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado Individual;
- g. Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h. Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i. La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo, y;
- j. En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo.

La Compañía, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados Individuales de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento y entrega a los Asegurados

de dichos Certificados.

En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Certificado Individual correspondiente.

2.12 Derecho a seguro individual

Si el objeto del presente contrato fuera el otorgamiento de una prestación laboral, Zurich México tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo Asegurado 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 Zurich México. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a Zurich México, dentro del plazo de 30 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 Zurich México, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a Zurich México la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

2.13 Participación en las utilidades o Dividendos

Definición

Para los efectos de este contrato se entenderá por dividendos, al monto que corresponda al Contratante o al Asegurado, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, por siniestralidad favorable de la póliza en los casos en que así se haya convenido expresamente a la celebración del contrato y aparezca establecido en la carátula de la póliza.

Los Dividendos que, en su caso se otorguen, serán considerando la Experiencia Propia del Grupo o la Experiencia Global de la Aseguradora. Se entenderá por:

Experiencia Propia

Cuando la prima del Grupo esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de éste o bien de las pólizas de Seguro de Grupo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

El número de integrantes del Grupo no podrá ser inferior a 1,000 al inicio de vigencia del Contrato.

Experiencia Global

Cuando la prima del Grupo no está determinada con base en su Experiencia Propia.

Condiciones para el otorgamiento de dividendos

El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable se sujetará a lo siguiente:

- a) El otorgamiento de Dividendos deberá aparecer expresamente convenido en la carátula de la póliza;
- b) Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera.
- c) En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
- d) Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza.
- e) No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza.
- f) La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que Zurich México establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- g) Para efectos del cálculo de Dividendos podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma.
- h) Cuando los Asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. En este caso, Zurich México pagará la totalidad el dividendo al Contratante, indicándole la parte del mismo que corresponda a cada Asegurado, para que el Contratante la distribuya al Grupo Asegurado.

- i) El otorgamiento del pago del Dividendo estará condicionado al pago de la prima a Zurich México que cubra la vigencia de la póliza, incluyendo los Ajustes y movimientos anuales correspondientes.
- j) Si por cualquier razón el Contratante decide cancelar anticipadamente la póliza, ésta no tendrá derecho a dividendo alguno.
- k) Si con posterioridad a haber realizado el pago de los dividendos en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, Zurich México recibe reclamaciones de siniestros con fecha de ocurrencia durante el período de vigencia de la póliza al que corresponde dicho dividendo, se procederá conforme a lo siguiente:
 - En el caso de que la póliza haya sido renovada, se recalculará el Dividendo y Zurich México tendrá el derecho de compensar el importe de las reclamaciones relativas a los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y que hayan sido reportados con posterioridad al pago de los dividendos, contra los dividendos correspondientes a la siguiente vigencia.
 - En el caso de que la póliza no haya sido renovada, se recalculará el Dividendo y el Contratante se obliga a devolver la diferencia que resultase a favor de Zurich México en un plazo no mayor a un mes después de que se le hubiere notificado fehacientemente dicha diferencia, sin que dichas cantidades puedan exceder en su conjunto el monto de los dividendos pagados.

Determinación y pago de dividendo

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, para el caso de Experiencia Global; y se pagarán al finalizar la vigencia de la póliza, en el caso de Experiencia Propia.

2.14 Notificación de cúmulos

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

2.15 Tipos de Administración

Póliza Autoadministrada

Durante la vigencia del contrato, el Contratante no se obliga a reportar a Zurich México los movimientos de ingresos y bajas de Asegurados. Zurich México dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte del Grupo Asegurado, sujeto a los criterios de edad de aceptación, SAMI y requisitos de Asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado, especificados en las condiciones del seguro.

Se hace constar que el Contratante se obliga a dar aviso Zurich México cuando exista un incremento generalizado en la Suma Asegurada, superior al 10% de la Suma Asegurada inicial, dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio.

La prima correspondiente será determinada por Zurich México, efectuando el cobro a prorrata considerando la nueva Suma Asegurada y los beneficios que se tengan contratados en ese momento. Dicho incremento no se considerará en el cálculo del Ajuste anual.

Zurich México aceptará, sin necesidad de reporte por parte del Contratante, los incrementos en Sumas Aseguradas individuales, siempre y cuando la nueva Suma Asegurada no sea superior a la SAMI especificada en el Contrato y sea resultado de cambios en las características del Asegurado aplicables a las reglas de Suma Asegurada establecidas bajo el mismo contrato.

Si derivado de un incremento general o individual de Suma Asegurada se tuvieran Asegurados con Suma Asegurada excedente a la SAMI establecida en la carátula de la póliza para este contrato, el Contratante se obliga a reportarlos dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha que les da origen, y Zurich México se obliga a aceptar el incremento hasta la SAMI del contrato. La aceptación del monto excedente a la SAMI será valorada por Zurich México con base en los requisitos de asegurabilidad presentados por el propio Asegurado.

No serán válidos los incrementos individuales de Suma Asegurada, cuando la persona se encuentre incapacitada, reconociendo el incremento que le corresponda al momento de su rehabilitación.

La prima correspondiente a los movimientos de ingresos y baja de Asegurados dentro del Grupo

Asegurado se cobrará en el ajuste anual, aplicando la cuota de cada una de las coberturas contratadas. De no ser cubierto el Ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

De conformidad con el Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo, es obligación del Contratante recabar los consentimientos individuales de todos los miembros del Grupo Asegurado.

En virtud del presente convenio, el Contratante se obliga a integrar y mantener actualizado el expediente relativo a esta póliza y cada uno de los Asegurados que integran el Grupo Asegurado, con la información mínima requerida por el Reglamento del Seguro de Grupo, dando acceso irrestricto a dicha información a Zurich México, y en su caso, obligándose a proporcionarle la información y los documentos que obren en los expedientes respectivos, dentro de los dos días hábiles siguientes a que reciba la petición expresa y por escrito por parte de Zurich México.

Administración Simplificada

Este sistema establece que, durante la vigencia del contrato, el Contratante se obliga a reportar a Zurich México los movimientos de ingresos de Asegurados, bajas de Asegurados y modificaciones de Suma Asegurada, que señalan las cláusulas particulares de: Pago de Suma Asegurada, Ingresos de Asegurados, Baja de Asegurados y Suma Asegurada, dentro de los siguientes 30 días naturales a partir de la fecha que les dio origen.

Zurich México dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos cumplan con las características definidas en la cláusula de Grupo Asegurado, reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, sujetos a los criterios de edad de aceptación, SAMI y requisitos de Asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado.

La prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a los movimientos por ingreso, bajas y modificaciones individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado, será determinada por Zurich México, dicha prima se reflejará en un recibo independiente al(los) recibo(s) propios a la forma de pago de la misma.

De conformidad con el Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo, es obligación del Contratante recabar los consentimientos individuales de todos los miembros del Grupo Asegurado.

2.16 Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio, ocurrido dentro de los primeros dos años de la vigencia continua del contrato y del respectivo Certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, Zurich México solamente se devolverá el mejor estimador de riesgos en curso que forma parte de la reserva de riesgos en curso respecto del integrante del Grupo Asegurado, al cual corresponda el Certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por Zurich México.

3. OBJETIVO DEL PLAN

La Compañía, se obliga al pago de la suma asegurada de los riesgos contratados, durante el plazo de la vigencia, a los Beneficiarios designados, según las Condiciones Generales de la póliza a cambio de pago de la prima correspondiente por parte del Contratante.

4. COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica de este seguro es el fallecimiento del integrante del grupo asegurable. Asimismo, se podrá otorgar como cobertura básica la cobertura de gastos funerarios para el titular y sus familiares Asegurados bajo esa cobertura.

4.1 FALLECIMIENTO

En caso de que el Asegurado Titular fallezca por cualquier causa durante la vigencia del certificado individual correspondiente, la Compañía le pagará, la suma asegurada contratada, a los Beneficiarios designados o a la designación sustituta de Beneficiarios, o en su caso, a la sucesión legal del Asegurado, según corresponda.

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

4.2 GASTOS FUNERARIOS (Básica o Adicional)

Si durante la vigencia del certificado individual correspondiente ocurre el fallecimiento del Asegurado Titular y/o familiares Asegurados (Cónyuge e Hijos), la Compañía les pagará la suma asegurada contratada a los Beneficiarios designados o a la designación sustituta de Beneficiarios, o en su caso, a la sucesión legal del Asegurado, según corresponda.

La cobertura de Gastos Funerarios se podrá contratar en paquetes para cubrir los siguientes núcleos familiares del Asegurado sin considerar la edad y número de los familiares.

- Titular
- Titular + Cónyuge
- Titular + Cónyuge + Hijos (Familiar)
- Titular + Hijos

Es importante señalar que, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular, esta cobertura se cancela para los Familiares Asegurados sobrevivientes.

Esta cobertura puede ser contratada de manera independiente sin necesidad de contratar la cobertura básica de Fallecimiento.

5. COBERTURAS ADICIONALES

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante y/o los integrantes del grupo Asegurado a quienes se les otorgue, podrán 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 el Certificado Individual del Asegurado o en Endosos correspondientes que se encuentren vigentes, 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:

- Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)
- Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITA)
- Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad (BAIT)
- Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (BAITA)
- Indemnización por Muerte Accidental (MA)
- Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas (MAPO)
- Indemnización por Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva o Pérdidas Orgánicas (MAPOC)
- Beneficio de Enfermedades Terminales Últimos Gastos
- Beneficio de Gastos Funerarios (Anticipo)

5.1 COBERTURA DE INVALIDEZ

5.1.1. 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 Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, la Compañía conviene en eximir al asegurado del pago de primas de la cobertura de vida que vengan con posterioridad inmediatamente después de transcurrido el período de espera citado en la definición de invalidez total y permanente.

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

La Compañía cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, podrá pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez total y permanente. 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.

Una vez se haga efectiva la cobertura por Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente correspondiente, La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.

5.1.2. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (BITA)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, la Compañía conviene en eximir al asegurado del pago de primas de la cobertura de vida que venzan con posterioridad inmediatamente después de transcurrido el período de espera citado en la definición de invalidez total y permanente.

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

La Compañía, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, podrá pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez total y permanente. 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.

Una vez se haga efectiva la cobertura por Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente por Accidente correspondiente, La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.

5.1.3. PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (BAIT)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente o enfermedad mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, Zurich México le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura.

Una vez pagada la indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad correspondiente, La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.

5.1.4. PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (BAITA)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura.

Una vez pagada la indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente correspondiente, La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ

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

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

5.2 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

5.2.1 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, al beneficiario o beneficiarios designados, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto mientras la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y dentro de los 90 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.

5.2.2 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO)

La Compañía pagará el porcentaje de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la siguiente tabla y la escala contratada y especificada en el Certificado Individual, si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas:

Por la pérdida de:	Escala "A"	Escala "B"
La vida	100%	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	25%	25%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio o el anular o el meñique	5%	5%
Cualquier dedo del pie		5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice		30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice		25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice		25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar		20%
La audición total e irreversible en ambos oídos		25%

Si a consecuencia del mismo accidente ocurre el fallecimiento del Asegurado dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, se pagará la indemnización total de este beneficio descontando la cantidad que se haya pagado por pérdidas orgánicas.

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

5.2.3 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPOC)

La Compañía pagará la Suma Asegurada indicada en la documentación contractual de acuerdo con lo siguiente:

a) INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Compañía pagará el porcentaje de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la siguiente tabla, y la escala contratada y especificada en el Certificado Individual, si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el

Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas:

Por la pérdida de:	Escala "A"	Escala "B"
La vida	100%	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	25%	25%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio o el anular o el meñique	5%	5%
Cualquier dedo del pie		5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice		30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice		25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice		25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar		20%
La audición total e irreversible en ambos oídos		25%

b) INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Si a consecuencia del mismo Accidente ocurre el fallecimiento del Asegurado dentro de los 90 días siguientes al mismo, la Compañía pagará la diferencia de Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza de la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA O PÉRDIDAS ORGÁNICAS y por lo que se haya pagado por concepto de pérdidas orgánicas.

c) INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

Si adicionalmente como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado sufre un accidente en un lugar público y, a consecuencia de este pierde la vida, a la indemnización especificada en el apartado de INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA O PÉRDIDAS ORGÁNICAS se duplicará la indemnización de esta cobertura por concepto de accidente en un lugar público.

Se entenderá por accidente en un lugar público el que tenga el Asegurado:

- Mientras viajare como pasajero en un vehículo público impulsado mecánicamente, no aéreo, y operado regularmente por una empresa autorizada, de transporte público con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular.
- Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, **con exclusión de los ascensores usados en minas, pozos petroleros, plataformas marinas, construcción, grutas o similares.**
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrará el Asegurado al iniciarse el incendio.

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

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

- 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. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.
- e. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
- f. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- g. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- h. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.
- i. Accidentes que ocurren durante la participación directa del asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- j. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- k. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, rapel, box, vuelos delta, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- l. Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.
- m. Radiaciones atómicas.
- n. Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, así como los que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado.
- o. Envenenamiento, excepto cuando se derive de un accidente.
- p. Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

5.3 OTROS BENEFICIOS ADICIONALES

Debido a su naturaleza los siguientes beneficios adicionales se podrán otorgar sin costo para el asegurado:

5.3.1 BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES ÚLTIMOS GASTOS

Mediante este beneficio y siempre que el Asegurado haya estado Asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la Compañía proporcionará al Asegurado, el anticipo o porcentaje señalado en la Carátula de la Póliza de la Suma Asegurada contratada para la cobertura Básica por Fallecimiento que cubre el Certificado Individual.

El anticipo se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios. El porcentaje del anticipo para obtener la Suma Asegurada de este beneficio estará definido en la Póliza o en el Certificado Individual correspondiente, y en caso de que no se especifique el porcentaje de anticipo, éste será el 25% de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura Básica por Fallecimiento que cubre el Certificado Individual.

Este anticipo se pagará una vez que el Asegurado demuestre a satisfacción completa de la Compañía, que padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 meses.

Para los efectos de este beneficio, se entiende por Enfermedad Terminal cualquiera de los padecimientos que expresamente no se encuentren excluidos en este beneficio y siempre que se considere que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y que occasionará necesaria o muy probablemente el fallecimiento del Asegurado dentro de un lapso no mayor de 12 meses contados a partir de la fecha del dictamen.

El pago del Anticipo por Enfermedad Terminal no implica la aceptación y procedencia del pago remanente de la Suma Asegurada por Fallecimiento, toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de Anticipo por enfermedades terminales, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada contratada de la cobertura básica se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

EXCLUSIONES PARA BENEFICIOS ADICIONALES - ENFERMEDADES TERMINALES ÚLTIMOS GASTOS.

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales por:

- a) **El intento de suicidio o lesión dolosa o intencional.**
- b) **La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c) **Una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante el primer año, sujeto a la cláusula de Rehabilitación.**
- d) **Diagnóstico de una Enfermedad Terminal preexistente.**

5.3.2 BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS (ANTICIPO)

Mediante este beneficio y siempre que el Asegurado haya estado Asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la Compañía proporcionará al Beneficiario, el anticipo señalado en la Carátula de la Póliza de la Suma Asegurada contratada para la cobertura Básica por Fallecimiento

que cubre el Certificado Individual.

El anticipo se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios funerarios, en caso de fallecimiento del Asegurado que tenga contratado este beneficio en el Certificado Individual. El porcentaje del anticipo para obtener la Suma Asegurada de este beneficio estará definido en la Póliza o en el Certificado Individual correspondiente y en caso de que no se especifique el porcentaje de anticipo, éste será el 25% de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura Básica por Fallecimiento que cubre el Certificado Individual, con un tope máximo de 70 Unidades de Medida y Actualización Mensual (UMAM).

Este anticipo se pagará una vez que el Beneficiario demuestre a satisfacción completa de la Compañía, el fallecimiento del Asegurado.

No se considerarán gastos funerarios aplicables para reembolso de la presente cobertura, el reembolso de gasto de alimentos, bebidas, renta de transporte para traslado de deudos o acompañantes o cualquier otro tipo de gasto no relacionado con los gastos funerarios que cubran el servicio correspondiente.

6. INDEMNIZACIONES

Para que la Compañía cumpla las obligaciones relativas al pago de siniestros y brinde un servicio oportuno y eficaz al ocurrir el evento cubierto, el Asegurado deberá atender a lo siguiente:

6.1 Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes a su realización, salvo que el Asegurado incurriere en mora por caso fortuito o fuerza mayor, es ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento, de acuerdo con lo establecido de acuerdo con lo establecido en el Artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

La Compañía, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costo, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación.

6.2 Requisitos para el pago de Reclamaciones

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

Zurich 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.

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

a) Coberturas de Muerte Accidental:

Los requisitos son los siguientes;

- Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado.
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- 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).
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- 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).

No obstante, lo anterior, 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.

b) Coberturas de 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.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado si lo tuviere.
- CURP del Asegurado.
- Carátula de estado de cuenta bancario del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).
- Informe médico.
- Aviso de accidente y/o enfermedad (en formato proporcionado por la Compañía)

No obstante, lo anterior, 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.

c) Coberturas de Fallecimiento:

Los requisitos son los siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento de Asegurado y Beneficiarios en original o copia certificada.
- Acta de matrimonio o constancia de concubinato en caso de que el beneficiario sea el cónyuge o concubino (original o copia certificada).
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y los Beneficiarios. (INE, pasaporte, cédula profesional), 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 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).

No obstante, lo anterior, 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.

d) Cobertura de Gastos Funerarios:

Los requisitos son los siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento de Asegurado y Beneficiarios en original o copia certificada.
- Acta de matrimonio o constancia de concubinato en caso de que el beneficiario sea el cónyuge o concubino (original o copia certificada).
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y los Beneficiarios. (INE, pasaporte, cédula profesional), 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 y Beneficiarios en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

No obstante, lo anterior, 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.

e) Cobertura de 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 medico 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.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia de comprobante de domicilio del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación del Ministerio Público completa que contenga cuando menos, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera) y conclusiones del Ministerio Público (en caso de que la Invalidez sea consecuencia de un accidente).
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:

- 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.

No obstante, lo anterior, 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.

f) Cobertura de Anticipo de Gastos Funerarios:

Los requisitos son los siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada o Copia simple de Certificado de Defunción.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- 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 de Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- CURP del Asegurado y Beneficiarios en copia simple.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

No obstante, lo anterior, 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.

g) Cobertura de Enfermedades Terminales Últimos Gastos:

Los requisitos son los siguientes:

- Dictamen médico en original o copia certificada donde se indique padecimiento, tiempos de evolución y tratamiento proporcionado.
- Acta de nacimiento de Asegurado en original o copia certificada.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula de 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.
- Historial clínico del Asegurado en copia simple
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

No obstante, lo anterior, 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.

6.3 Indemnización

En caso de ser procedente el siniestro, la Compañía pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios designados, tratándose de las coberturas de Muerte Accidental, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba la totalidad de todos los documentos e informes que le permiten conocer el fundamento de la reclamación.

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

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

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

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

6.4 Comprobación del Siniestro

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

La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación del siniestro, 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 demuestra que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación o información de que trata el párrafo anterior.

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1 Contrato

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos, certificados individuales y las cláusulas adicionales o endosos que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía, el cual sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del Contratante, y un endoso autorizado por la Compañía.

7.2 Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o Contratante podrán 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 25 de la ley sobre el contrato de seguro.

7.3 Modificaciones al Contrato

Cualquier modificación al presente contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en relación con 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 Zurich de parte del Asegurado o sus causahabientes por lo que las mismas deberán ser dirigidas directamente a Zurich.

7.4 Comunicaciones y/o Notificaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá de enviarse por escrito al domicilio de Zurich ubicado en: Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5 Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390, mismo que se establece en la carátula de Póliza, o en su defecto, al último que se haya comunicado para tal efecto. En consecuencia, queda entendido que los agentes de la Compañía no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la Compañía los autorice especialmente para ello; en este caso, se dará aviso oportuno al Contratante, de dicha autorización.

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

7.5 Prescripción

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

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento.
- II. En dos años, en los demás casos.

Estos plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley Sobre el Contrato de Seguro en los siguientes casos:

- a) En caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, en el cual empezará a correr desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento del mismo;
- b) Si se trata de la realización del siniestro, el término para la prescripción contará desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
- c) Tratándose de terceros Beneficiarios, será necesario además para que corra el término de prescripción, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

7.6 Competencia

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

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

7.7 Indemnización por mora

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

7.8 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.

7.9 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 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.

7.10 Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago.

7.11 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.

7.12 Edad

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 o en su caso del respectivo Certificado Individual.

Los límites de edades de admisión y renovación fijados por la Compañía son los siguientes:

- Los límites de admisión para la cobertura por fallecimiento son de 15 años como mínimo y 70 años como máximo, sin que existan límites máximos de edad en las renovaciones subsecuentes.
- Para las coberturas adicionales por invalidez, son 15 años como mínimo y 64 años como máximo.

- Para las coberturas por accidente, los límites son 12 años como mínimo y 69 años como máximo.

Si antes de ocurrir el siniestro de un miembro del Grupo se descubre que hubo inexactitud en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, el seguro respectivo quedará en vigor por la misma Suma Asegurada.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado el mejor estimador de riesgos en curso en la fecha de su rescisión.

En caso de que la edad real en la fecha de la renovación de la póliza se encuentre fuera de los límites de admisión, será nulo el seguro correspondiente a dicho Asegurado, quedando liberada la Compañía de toda responsabilidad.

7.13 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.

7.14 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 extra prima 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.

7.15 Beneficiarios

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- a) Cada miembro del Grupo Asegurado es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.
- b) En cualquier momento, el Asegurado podrá revocar la designación de Beneficiarios, dando aviso por escrito a La Compañía, sobre su decisión y remitirá su Certificado individual para la anotación correspondiente.
- c) En caso de que el Asegurado haya notificado uno o más cambios de Beneficiario, La Compañía solo tomará en cuenta el último del que haya tenido conocimiento expreso.
- d) Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- e) El derecho de revocación cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciéndolo constar en el Certificado Individual correspondiente, comunicándolo al beneficiario y a La Compañía por escrito.
- f) Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a La Compañía la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo con las reglas establecidas en el contrato.

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 al 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 sólo 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”.

7.16 Disputabilidad

Este Contrato dentro del primer año de su vigencia continúa e ininterrumpida, siempre será disputable a partir de la fecha en la que la Compañía aceptó la contratación de este contrato. Esto será aplicable en aquellos casos donde haya omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y en su caso, los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior es también de un año, que se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando Zurich México a todos los derechos que, conforme a la ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. Este supuesto aplicará solo para aquellos casos en los cuales los Asegurados den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte del Grupo Asegurado o bien, cuando se trate de miembros que pertenezcan a un Grupo sin relación laboral.

7.17 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y Asegurados (en el caso señalado en la cláusula anterior) están obligados a 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.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

Esta obligación también es aplicable a los Asegurados que se incorporen a la Colectividad Asegurada con posterioridad al inicio de Vigencia de la Póliza y no hayan firmado su Consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso, o bien, a aquellos cuya Suma Asegurada sea mayor a la máxima individual sin requisitos.

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

7.18 Prima

La prima se regirá conforme a las siguientes reglas:

- a) La prima de la Colectividad Asegurada deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.
- b) La prima vence en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entiéndense por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.
- c) 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.
- d) Si el Contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado.
 - e) En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y la Compañía a la fecha de celebración del contrato.
 - f) Si no hubiera sido pagada la prima dentro de los primeros 30 días naturales siguientes al vencimiento de la prima total o fracción de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12:00 horas del último día de este plazo.
 - g) **Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento. De conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido desde ese momento los efectos de este contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) del último día del periodo de gracia,** si el Contratante no hubiese cubierto el total de la prima o la fracción pactada. En caso de pago en parcialidades, si el Asegurado no cubre una de las parcialidades en la misma fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) de ese mismo día. Las horas señaladas en este inciso serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.
 - h) La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o medio indicado por esta contra entrega del recibo correspondiente.
 - i) En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
 - j) La obligación del pago de primas será del Contratante.
 - k) En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante, o en su caso al Asegurado, la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

7.19 Contribución de los Asegurados

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Grupo Asegurado a la Compañía.

7.20 Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado Individual, no concuerda con la pactada o con la regla para determinarla, la Compañía, pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la Suma Asegurada pactada o regla para determinarla. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a la solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el Certificado Individual.

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

7.21 De Sanciones

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

7.22 Cláusula de Arbitraje

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de que el evento indemnizable haya sido ocasionado por padecimientos preexistentes, a elección del Asegurado, la cuestión podrá ser

sometida al arbitraje de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 días contados a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

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

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

Si el Asegurado acude al arbitraje médico, la Compañía se obliga a comparecer ante el árbitro designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia en relación con la preexistencia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

7.23 Agravación de Riesgo

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.” (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial de 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 Fianzas¹ 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 Federal¹ y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter

nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X de la disposición Trigésima Novena, fracción VII de la disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas¹, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

8. 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>

9. 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 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 impondrá una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 492.

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

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

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

- a. Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b. Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la

misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores,

directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

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

ARTÍCULO 16.

La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

- I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
 - a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
 - b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
 - c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
 - d) Nombre del Contratante;
 - e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
 - f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
 - g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
 - h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
 - i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
 - j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.
- II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:
 - a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
 - b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.

ARTÍCULO 17.

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

ARTÍCULO 18.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

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 8.

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 9.

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario

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 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.

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.

ARTÍCULO 47.

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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 71.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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 interpósito 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.

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, 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 16 de diciembre de 2025 con el número CNSF-S0037-0272-2025/CONDUSEF-006955-04.