



Accidentes Escolares Colectivo Experiencia Combinada Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-007308-01

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

Índice

1.	DEFINICIONES	4
1.1.	Accidente	4
1.2.	Alumnos	4
1.3.	Asegurado	4
1.4.	Aseguradora y/o Compañía y/o Zurich México	4
1.5.	Beneficiarios	4
1.6.	Beneficio	4
1.7.	Calendario Escolar	4
1.8.	Certificado o Certificado Individual	4
1.9.	Colectividad Asegurable	4
1.10.	Colectividad Asegurada	5
1.11.	Consentimiento Individual o Consentimiento	5
1.12.	Contratante	5
1.13.	Contrato de seguro	5
1.14.	Culpa Grave.....	5
1.15.	Deducible	5
1.16.	Endoso.....	5
1.17.	Escuela	5
1.18.	Evento.....	6
1.19.	Grupo Asegurado	6
1.20.	Médico	6
1.21.	Reglamento del Seguro de Grupo.....	6
1.22.	Suma Asegurada	6
2.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO.....	6
2.1.	Vigencia	6
2.2.	Renovación	6
2.3.	Rehabilitación	7
2.4.	Terminación	7
2.5.	Cancelación anticipada del seguro.....	7
2.6.	Obligación del Contratante	8
2.7.	Alta de Asegurados	8
2.8.	Baja de Asegurados	9
2.9.	Registro de asegurados.....	9
2.10.	Cambio de contratante	9
2.11.	Certificados individuales	9
3.	DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	10
3.1.	Cobertura Básica	10

3.1.1.	Muerte Accidental	10
3.1.2.	Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental	10
3.2.	Coberturas Adicionales	11
3.2.1.	Pérdidas Orgánicas por Accidente Escolar	11
3.2.2.	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Escolar	12
3.2.3.	Hospital Cash	13
3.2.4.	Exclusiones para todas las coberturas	15
4.	INDEMNIZACIONES	16
4.1.	Aviso	16
4.2.	Requisitos para el pago de Reclamaciones	17
4.3.	Indemnización	18
4.4.	Comprobación del Siniestro	19
5.	CLÁUSULAS GENERALES	19
5.1.	Contrato	19
5.2.	Rectificación de la Póliza (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)	19
5.3.	Modificaciones al Contrato	19
5.4.	Comunicaciones y/o Notificaciones	19
5.5.	Prescripción	20
5.6.	Competencia	20
5.7.	Indemnización por mora	20
5.8.	Entrega de documentación contractual	20
5.9.	Entrega electrónica de documentación contractual	21
5.10.	Moneda	21
5.11.	Comisiones y Compensaciones Directas	21
5.12.	Edad	21
5.13.	Residencia	22
5.14.	Beneficiarios	22
5.15.	Disputabilidad	23
5.16.	Omisiones o Inexactas Declaraciones	23
5.17.	Prima	23
5.18.	Ajuste a la Suma Asegurada	24
5.19.	De Sanciones	25
5.20.	Cláusula de Arbitraje	25
5.21.	Agravación de Riesgo	25
6.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	27
7.	MARCO LEGAL	27

1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. Accidente

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque el fallecimiento o lesiones corporales en la persona del asegurado, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente y como consecuencia del mismo. **No se considerarán ACCIDENTES a las lesiones intencionalmente causadas por el ASEGURADO.**

Para efectos de esta Póliza y al tratarse de un seguro de accidentes personales escolar, el Accidente sufrido por el Asegurado deberá ocurrir bajo las circunstancias descritas en la **Cláusula 3 “DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS”**.

1.2. Alumnos

Conjunto de estudiantes pertenecientes a una escuela legalmente autorizado y reconocido por las autoridades correspondientes en el cual cursan estudios con reconocimiento de validez oficial.

1.3. Asegurado

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, sujeto a los riesgos amparados por la póliza respectiva. Para efectos de esta póliza podrán ser asegurados los alumnos, sus padres de familia o tutores legales, personal docente y/o administrativo de la escuela, **siempre y cuando se encuentren indicados en la carátula de 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. Beneficiarios

Es quien percibe la indemnización en los casos previstos por la póliza.

1.6. Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo con lo estipulado en la presente póliza.

1.7. Calendario Escolar

Es el periodo que establece la Secretaría de Educación Pública para el desarrollo la actividad escolar que debe cumplir la Escuela.

1.8. 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, las coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la vigencia que corresponda, la designación de Beneficiarios 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.

1.9. Colectividad 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.

1.10. Colectividad Asegurada

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

1.11. Consentimiento Individual o Consentimiento

Documento mediante el cual el Asegurado otorga su consentimiento para ser Asegurado en la póliza de Seguro Colectivo contra Accidentes Personales que el Contratante solicitó a Zurich. En el caso de menores de edad, el consentimiento deberá ser firmado por el padre o tutor. Todos los Consentimientos Individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada Asegurado.

1.12. 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.

1.13. 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 y
Folleto de Derechos Básicos del Cliente

Todos aquellos documentos entregados por la Compañía

1.14. 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.

1.15. Deducible

Cantidad fija a cargo del Asegurado especificada en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual y que debe cubrir en cada caso de Accidente o Enfermedad Grave amparada conforme a las condiciones convenidas en el presente contrato de seguro.

1.16. 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.

1.17. Escuela

Es cualquier centro docente, centro de enseñanza, centro educativo o institución educativa; es decir, toda institución que imparta educación de cualquier nivel educativo o enseñanza y que se encuentre legalmente autorizado por las autoridades escolares correspondientes. El domicilio de la Escuela será indicado en la Carátula de la Póliza.

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 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.

1.20. Médico

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

1.21. Reglamento del Seguro de Grupo

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

1.22. 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, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

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 Colectivo 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 en las notas técnicas respectivas.**

Es indispensable también que el CONTRATANTE solicite dicha renovación a más tardar dentro de los 30 (treinta) 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 (treinta) 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 5.17 Prima**.
- b) Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación la Colectividad 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 en un plazo 3 (tres) días hábiles 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.
- Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes.

Respecto de cada Asegurado y/o Certificado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato:

- Si el Asegurado deja de pertenecer a la Colectividad Asegurada. 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 y/o Asegurado 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 (siete) días hábiles; la prima de riesgo no devengada que corresponda. La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes de la Colectividad 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 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 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, el ingreso a la Colectividad Asegurada, de nuevos integrantes, incluyendo los consentimientos respectivos, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, si el objeto del contrato de Seguro Colectivo es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b. Informar a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes de la Colectividad Asegurada.
- c. Informar a la Compañía dentro de los 30 (treinta) 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 de la Colectividad Asegurada.
- d. Informar a la Compañía dentro de los 30 (treinta) 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 a la Colectividad Asegurada 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 del 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 a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (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 de la Colectividad de que se trate.

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

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el

párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (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.

2.8. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada 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 (siete) 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 de la Colectividad Asegurada;
- 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 Colectivos 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 (treinta) 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 (siete) 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;
- 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. 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 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 correspondiente.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Este producto considera las coberturas Básicas y/o Adicionales que a continuación se describen, de tal forma que, para gozar de su beneficio, las coberturas deberán estar contratadas e indicadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual o mediante especificación anexa a la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Se cubre exclusivamente la actividad escolar realizada durante el Calendario Escolar sin incluir vacaciones, de la Colectividad Asegurada; para efectos de esta Póliza y al tratarse de un seguro de accidentes personales escolar, el Accidente sufrido por el Asegurado deberá ocurrir bajo alguna de las siguientes circunstancias:

1. Dentro del edificio o predio de la escuela.
2. Asistiendo o participando en evento organizado, programado, aprobado y supervisado por la autoridad competente de la escuela.
3. Viajando en grupo directamente desde o hasta el lugar donde se efectúen los eventos descritos en el inciso 2 que antecede, dentro de la República Mexicana, en la inteligencia de que, durante el viaje, el grupo deberá estar igualmente bajo la supervisión de la referida autoridad.
4. Dirigiéndose directa e ininterrumpidamente desde su domicilio hasta la escuela y viceversa por cualquier medio de transporte, **excepto en motocicleta o motoneta**.

De acuerdo con lo anterior, las coberturas que forman parte de este producto son:

3.1. Cobertura Básica

A continuación, se describe la cobertura básica que deberá estar señaladas como contratada o amparada en el respectivo Certificado Individual y/o Póliza para ser exigibles a la Compañía:

3.1.1. Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura señalada en el Certificado Individual y/o Póliza a los Beneficiarios designados, si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente. Esta cobertura solamente se podrá otorgar a mayores de 12 (doce) años de edad.

Para los Asegurados de 12 (doce) años y menores, La Compañía pagará a los Beneficiarios designados por concepto de Indemnización por Gastos Funerarios. Dicha indemnización podrá ser hasta el equivalente a 10 (diez) veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización.

3.1.2. Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental

La Aseguradora reembolsará, hasta por el límite de la suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza como pago de este beneficio, a los Beneficiarios designados, el importe de los gastos erogados por concepto de servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el fallecimiento ocurra durante la vigencia de la Póliza.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por gastos funerarios:

- Servicios de velación.
- Servicios de inhumación o cremación.
- Servicios religiosos.
- Costo de la urna o féretro.
- Costo del nicho o fosa.

Sólo en caso de que lo Asegurados que se encuentren señalados en el Certificado Individual fallecieren dentro de la vigencia del propio Certificado Individual y tuvieran una edad menor o

igual a 12 años cumplidos al momento del fallecimiento, la Compañía sólo reembolsará, los gastos funerarios incurridos por éste previa presentación de los comprobantes fiscales relativos a los gastos funerarios efectuados por el fallecimiento de dichos menores, **dicho reembolso deberá ser equivalente a 10 (diez) veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización.**

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 de los menores.

3.2. Coberturas Adicionales

A continuación, se describen las coberturas adicionales que deberán estar señaladas como contratadas o amparadas en el respectivo Certificado Individual y/o Póliza para ser exigibles a la Compañía:

3.2.1. Pérdidas Orgánicas por Accidente Escolar

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

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

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

La tabla para Pérdidas Orgánicas es la siguiente:

Por la pérdida de:	Escala "A"	Escala "B"
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	15%	15%
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%

La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	15%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

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

3.2.2. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Escolar

La Compañía reembolsará, previa comprobación, hasta la Suma Asegurada contratada en vigor de esta cobertura, menos el deducible contratado, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos o incurridos como consecuencia directa de un Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de este.

No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una institución hospitalaria.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados disminuyen en la misma cantidad la Suma Asegurada contratada de esta sección.

Los gastos cubiertos se reembolsarán siempre y cuando el Accidente haya ocurrido dentro de la vigencia del Certificado Individual, teniendo como límite, **lo que ocurra primero de los siguientes supuestos, con lo cual terminará la responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura:**

- a) El agotamiento de la suma asegurada contratada para esta cobertura;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia del Certificado Individual y el período de beneficio establecido en la misma, o
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del accidente que haya afectado al Asegurado.

La Compañía reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada en vigor de esta cobertura, menos el deducible contratado, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto.

Para efectos de esta cobertura se entiende como Accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 (diez) días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

No se considera Accidente a cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

3.2.3. Hospital Cash

El término Hospital Cash (Indemnización por hospitalización) es el beneficio que indemniza al Asegurado con una cierta cantidad contingente después de su estancia en un hospital como paciente.

3.2.3.1. Hospital Cash por Accidente

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, si a consecuencia de un Accidente cubierto, el Asegurado se encontrase hospitalizado por prescripción médica en una Clínica u Hospital, la Compañía pagará, mientras subsista la hospitalización, la cantidad diaria contratada e indicada en el Certificado Individual siempre y cuando el Asegurado esté hospitalizado al menos el período establecido como Deducible o Franquicia señalado también en el Certificado Individual.

Para esta cobertura se entiende como Deducible al número de días que se aplica al iniciar la hospitalización por cada evento, tal que, **si la estancia del Asegurado en el hospital no supera dicho plazo, la Compañía no indemnizará al Asegurado por ninguna cantidad.** En caso contrario, es decir que se rebasen el número de días del Deducible, la Compañía, le comenzará a pagar la indemnización diaria acordada a partir del día siguiente a que se rebase dicho plazo.

Para esta cobertura se entiende como Franquicia al número de días que se aplica al iniciar la hospitalización por cada evento, tal que, **si la estancia del Asegurado en el hospital no supera dicho plazo, la Compañía no indemnizará al Asegurado por ninguna cantidad.** En caso contrario, es decir que se rebasen los números de días de Franquicia, la Compañía, le pagará la indemnización diaria acordada desde el primer día de hospitalización.

El amparo de esta cobertura está sujeta al siguiente periodo de espera:

- **Por Accidentes: Las hospitalizaciones cubiertas por Accidentes quedarán amparadas a partir de la fecha de alta de los Asegurados en la Póliza.**

Lo anterior, tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y que el siniestro haya ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Las hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de un mismo Accidente serán consideradas como continuación de las anteriores.

3.2.3.2. Hospital Cash por Enfermedad

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, si a consecuencia de una Enfermedad, el Asegurado se encontrase hospitalizado por prescripción médica en una clínica u hospital legalmente autorizado, la Compañía pagará, mientras subsista la hospitalización, la cantidad diaria contratada e indicada en el Certificado Individual, siempre y cuando el Asegurado esté hospitalizado al menos el período establecido como deducible o Franquicia en el propio Certificado Individual.

Para esta cobertura se entiende como Deducible al número de días que se aplica al iniciar la hospitalización por cada evento, tal que, **si la estancia del Asegurado en el hospital no supera dicho plazo, la Compañía no indemnizará al Asegurado por ninguna cantidad.** En caso contrario, es decir que se rebasen el número de días del Deducible, la Compañía, le comenzará a pagar la indemnización diaria acordada a partir del día siguiente a que se rebase dicho plazo.

Para esta cobertura se entiende como Franquicia al número de días que se aplica al iniciar la hospitalización por cada evento, tal que, **si la estancia del Asegurado en el hospital no supera dicho plazo, la Compañía no indemnizará al Asegurado por ninguna cantidad.** En caso contrario, es decir que se rebasen los números de días de Franquicia, la Compañía, le pagará la indemnización diaria acordada desde el primer día de hospitalización.

El amparo de esta cobertura está sujeta al siguiente periodo de espera:

- **Por enfermedad: Las hospitalizaciones por enfermedad quedarán amparadas luego de transcurrir 90 (noventa) días de cobertura continua e ininterrumpida después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.**

Lo anterior, tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y que el siniestro haya ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Las hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores.

Esta cobertura paga la indemnización de manera diaria, sin embargo, existe la opción de pagar una indemnización en una sola exhibición, la cual se pagará de acuerdo con la constancia o reporte de internamiento.

3.2.3.3. Cobertura por hospitalización en terapia intensiva (opcional)

La Compañía pagará al Asegurado, la cantidad diaria contratada e indicada en el Certificado Individual para esta cobertura, durante el período en que éste se encuentre utilizando la Unidad de terapia intensiva como consecuencia del Accidente y/o de la Enfermedad cubierta que motivó su hospitalización.

El pago de la indemnización por el uso de la Unidad de terapia intensiva se hará bajo las mismas condiciones de deducible o franquicia, periodo de espera y número máximo de días a indemnizar para la cobertura adicional de Hospital Cash.

Esta cobertura sólo se puede contratar si se tiene amparada la cobertura de Hospital Cash por Accidente y/o Enfermedad.

3.2.3.4. Cobertura por convalecencia (opcional)

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, en el caso de que el Asegurado abandone el hospital, pero, como consecuencia de una prescripción médica, deba estar en convalecencia, la Compañía le pagará una indemnización diaria por convalecencia al Asegurado.

En este periodo, el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio exceptuando las salidas que haga de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Esta cobertura sólo se puede contratar si se tiene amparada la cobertura de Hospital Cash por Accidente y/o Enfermedad.

Exclusiones para las coberturas HOSPITAL CASH:

- a) No se cubren Hospital Cash, derivados de Padecimientos Preexistentes.**
- b) No se cubren Hospital Cash por maternidad o complicaciones del embarazo.**

3.2.4. Exclusiones para todas las coberturas

La Coberturas que hayan sido contratadas al amparo del presente contrato, quedarán excluidas cuando se originen por o sean consecuencia de:

- a) Suicidio, lesiones o padecimientos provocados intencionalmente por el propio Asegurado aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- b) Padecimientos o Enfermedades Preexistentes.**
- c) Lesiones o accidentes provocados por culpa grave del Asegurado, como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, excepto si estos últimos fueron prescritos por un médico.**
- d) Lesiones causadas en riña siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.**
- e) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- f) Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.**
- g) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el Asegurado.**
- h) Lesiones o accidentes sufridos al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- i) Cualquier forma de navegación submarina.**
- j) Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.**
- k) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**
- l) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente.**
- m) Alimentos y servicios de estacionamiento de acompañantes (cualquier otro gasto erogado por ellos).**
- n) Hernias o eventraciones, excepto cuando sean a causa de un Accidente.**

Salvo pacto contrario, Accidentes que se originen por participar en actividades como:

- o) Vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares, por ejemplo, vuelos chárteres, taxis aéreos, helicópteros, globos y planeadores.
- p) Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- q) Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- r) La práctica ocasional, amateur o profesional de deportes peligrosos como, por ejemplo, paracaidismo, buceo, tauromaquia, charrería, alpinismo, motociclismo, cualquier clase de deporte aéreo, esquí, tauromaquia, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.
- s) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- t) No se consideran como Accidentes, los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.
- u) SIDA y VIH: Cualquier pérdida orgánica que resulte o se relacione, directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de: i. Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- v) Cuando el padecimiento que originó el reembolso de gasto médico no sea consecuencia directa de un Accidente.
- w) Reembolso de gastos médicos por tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.

4. 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:

4.1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su realización, salvo que el Asegurado incurriera 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 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.

4.2. Requisitos para el pago de Reclamaciones

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

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) Cobertura de Muerte Accidental:

Los requisitos son los siguientes;

- Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento del 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, sólo si se encontrara en poder del Beneficiario.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado, solo en caso de que se cuente con dicho documento, y de los Beneficiarios. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia del comprobante de domicilio del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado y Beneficiarios en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación.
- 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).

b) Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente Escolar:

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), solo en caso de que se cuente con dicho documento.
- 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 del 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).

c) Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Escolar:

Los requisitos son los siguientes:

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad (en formato proporcionado por la Compañía).
- Formato de Reembolso de Gastos Médicos (proporcionado por la Compañía).
- Informe Médico (en formato proporcionado por la Compañía).

- Estudios y análisis médicos relacionados al padecimiento.
- Resumen clínico.
- Receta médica en caso de Reembolso por Gasto en medicamento.
- Acta de nacimiento del Asegurado.
- Identificación oficial vigente del Asegurado en copia simple, solo si cuenta con ella (INE, pasaporte, cédula profesional), sólo en caso de que se cuente con dicho documento.
- Comprobante de domicilio con vigencia menor a tres meses en copia simple.
- Carátula del Estado de cuenta bancario con vigencia menor a 3 meses.
- Facturas de los gastos erogados en PDF y XML.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

d) Cobertura de Hospital Cash

Los requisitos son los siguientes:

- Comprobantes originales del Hospital que hagan constar los días cubiertos de hospitalización.
- Resumen clínico.
- Acta de nacimiento del Asegurado en original o copia certificada.
- Identificación oficial del Asegurado en copia simple (INE, pasaporte, cédula profesional), sólo en caso de que se cuente con dicho documento.
- Comprobante de domicilio en copia simple con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Carátula del 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).

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

4.3. 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 (treinta) días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

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

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 (treinta) días siguientes a que reciba dicha documentación.

La Compañía tendrá derecho de deducir de la indemnización debida cualquier prima o algún otro costo

incluido en esta póliza que le adeude el Asegurado, lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.4. 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.

5. CLÁUSULAS GENERALES

5.1. 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.

5.2. Rectificación de la Póliza (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

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.

5.3. 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

5.4. 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.

5.5. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen conforme al Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley.

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

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

5.6. 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.

5.7. 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 (treinta) días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario, una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.8. 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.

5.9. Entrega electrónica de documentación contractual

Sin perjuicio de lo establecido en la **cláusula 5.8 de Entrega de Documentación Contractual**, cuando el Contratante/Asegurado así lo consienta de forma expresa y por escrito, la entrega de la documentación contractual se efectuará dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes a la celebración del contrato a través de correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el Contratante para tal efecto. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al siguiente día hábil.

Cuando el contrato de seguro se celebre con la intervención de un intermediario, la entrega de la documentación contractual deberá efectuarse siempre a través de dicho intermediario, sin perjuicio del derecho del Contratante/Asegurado de solicitarla directamente a Zurich en el caso de que ésta no le sea entregada, toda vez que se reputa que el intermediario está facultado para realizar todos los actos que por costumbre constituyan las funciones de un intermediario.

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

5.10. 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 de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

5.11. 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.12. 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:

Cobertura	Edades de Aceptación	Edad máxima de renovación	Edad de cancelación
Muerte Accidental (Gastos Funerarios)	0 a 85 años	85 años	86 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente Escolar	0 a 85 años	85 años	86 años
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Escolar	0 a 85 años	85 años	86 años
Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental	0 a 85 años	85 años	86 años
Hospital Cash	0 a 80 años	80 años	81 años

Si antes de ocurrir el siniestro de un miembro de la Colectividad 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 la reserva matemática del contrato 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.

5.13. 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.

5.14. Beneficiarios

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- a) Cada miembro de la Colectividad Asegurada 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”.

5.15. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior es también de dos años, que se contarán a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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 (treinta) días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

5.16. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y Asegurados (en el caso señalado en la **cláusula 5.15 Disputabilidad** 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.

La Compañía comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus Beneficiarios, la rescisión del Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5.17. 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 periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año.
- 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 periodos 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 (treinta) días naturales siguientes al vencimiento de la prima total o fracción de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente 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.

5.18. 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.

5.19. 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.

5.20. 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 (diez) días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

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

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

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.

5.21. Agravación de Riesgo

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

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

“Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

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

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

“Lo dispuesto en los párrafos anteriores, no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del Asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación”. (Artículo 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, La Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones”. (Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

“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 del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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.

6. 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>

7. MARCO LEGAL

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

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

- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LPDUSF.pdf>
- Ley Federal del Trabajo
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de junio de 2026 con el número CNSF-S0037-0281-2026/CONDUSEF-007308-01.