



VIDA SALDO DEUDOR PLUS PRIMA ÚNICA CONDICIONES GENERALES

RECAS: CONDUSEF-007237-02

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

ÍNDICE

1. DEFINICIONES	5
1.1. ACCIDENTE	5
1.2. ACREDITADOS	5
1.3. ASEGURADO	5
1.4. ASEGURADO TITULAR	5
1.5. ASEGURADORA Y/O COMPAÑÍA Y/O ZURICH MÉXICO	5
1.6. AUTOEMPLEADO	5
1.7. BENEFICIARIOS	5
1.8. BENEFICIARIO PREFERENTE	5
1.9. BENEFICIO	5
1.10. CLÍNICA Y/O HOSPITAL	6
1.11. COACREDITADO	6
1.12. CONTRATANTE	6
1.13. CONTRATO DE SEGURO	6
1.14. CRÉDITO	6
1.15. CULPA GRAVE	7
1.16. DÍA DE HOSPITALIZACIÓN	7
1.17. DEUDOR SOLIDARIO	7
1.18. DEUDOR TITULAR	7
1.19. EMPLEADO	7
1.20. ENFERMEDAD	7
1.21. GRUPO ASEGURABLE	7
1.22. GRUPO ASEGURADO	7
1.23. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	7
1.24. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE	8
1.25. PÉRDIDAS ORGÁNICAS	8
1.26. PERÍODO CUBIERTO	8
1.27. PERÍODO DE ELIMINACIÓN	8
1.28. PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA	8
1.29. PRIMA DE RIESGO	8
1.30. REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO	8
1.31. SALDO INSOLUTO	8
1.32. SUMA ASEGURADA	8
1.33. SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL	9
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO	9
2.1. VIGENCIA	9
2.2. RENOVACIÓN	9
2.3. REHABILITACIÓN	9
2.4. TERMINACIÓN	10
2.5. CANCELACIÓN DEL SEGURO	10
2.6. OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE	10

2.7.	ALTA DE ASEGURADOS	11
2.8.	BAJA DE ASEGURADOS	11
2.9.	REGISTRO DE ASEGURADOS.....	11
2.10.	CAMBIO DE CONTRATANTE.....	11
2.11.	CERTIFICADOS INDIVIDUALES	12
2.12.	TIPOS DE ADMINISTRACIÓN	12
2.13.	RESCATE	13
2.14.	SUICIDIO	13
3.	OBJETIVO DEL PLAN	13
4.	COBERTURA BÁSICA.....	14
4.1.	FALLECIMIENTO	14
4.2.	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	14
4.3.	SUMA ASEGURADA COBERTURA BÁSICA.....	15
5.	COBERTURAS ADICIONALES	15
5.1.	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	16
5.2.	INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL.....	16
5.3.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES	17
5.4.	PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE	20
5.5.	HOSPITAL CASH	22
6.	INDEMNIZACIONES.....	25
6.1.	AVISO	25
6.2.	REQUISITOS PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES.....	25
6.3.	INDEMNIZACIÓN	28
6.4.	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	28
7.	CLÁUSULAS GENERALES.....	29
7.1.	CONTRATO.....	29
7.2.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO) 29	
7.3.	MODIFICACIONES AL CONTRATO.....	29
7.4.	COMUNICACIONES Y/O NOTIFICACIONES	29
7.5.	PRESCRIPCIÓN.....	30
7.6.	COMPETENCIA.....	30
7.7.	INDEMNIZACIÓN POR MORA	30
7.8.	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	30
7.9.	ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	31
7.10.	MONEDA	31
7.11.	COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS.....	31
7.12.	EDADES DE ACEPTACIÓN.....	31
7.13.	RESIDENCIA	32
7.14.	CAMBIO DE OCUPACIÓN.....	32
7.15.	BENEFICIARIOS	32
7.16.	DISPUTABILIDAD	33
7.17.	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	33
7.18.	PRIMA.....	33

7.19. CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS34

7.20. AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA34

7.21. DE SANCIONES.....34

7.22. CLÁUSULA DE ARBITRAJE34

7.23. OPERACIONES Y SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS35

7.24. AGRAVACIÓN DEL RIESGO35

7.25. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO36

7.26. MARCO LEGAL36

1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se consideran las siguientes definiciones:

1.1. ACCIDENTE

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la muerte 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.**

1.2. ACREDITADOS

Personas físicas a quienes el Contratante haya otorgado un crédito, ya sea en Calidad de Titulares, Coacreditados u otras figuras similares y que conste en un contrato por escrito.

1.3. 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 y/o Consentimiento-certificado.

1.4. 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.

1.5. 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.

1.6. AUTOEMPLEADO

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.

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, la Compañía pagará el importe del seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento.

1.8. BENEFICIARIO PREFERENTE

Únicamente para las coberturas de Fallecimiento y de Invalidez Total y Permanente, lo será el Contratante hasta por el monto del Saldo Insoluto, pudiéndose nombrar Beneficiarios Adicionales de acuerdo con la regla de Suma Asegurada. Se entenderá como Beneficiario Preferente e Irrevocable a la persona física o moral que el Asegurado designe mediante consentimiento irrevocable, quién tendrá derecho en primera instancia sobre cualquier otro beneficiario al pago de la indemnización del seguro de acuerdo con la regla de Suma Asegurada.

1.9. BENEFICIO

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo con lo especificado en la presente Póliza. La indemnización se puede expresar en términos de:

Beneficio	Descripción
Saldo insoluto	Es el saldo de la deuda sin incluir recargos, tales como intereses moratorios o por cualquier otro concepto diferente al capital prestado e intereses regulares, que debiera existir al cumplirse cabalmente con el plan de pagos periódicos de la deuda que el Asegurado contrajo con el Contratante.
Cuota mensual	Es la cantidad de dinero que el Asegurado deberá pagar mensualmente al Contratante bajo el crédito personal de acuerdo con su programa de pagos.
Pagos mínimos	Es la cantidad de dinero mínima requerida como pago para conservar al corriente la línea de crédito otorgada, y en ningún caso incluirá intereses por mora, pagos atrasados o cualquier otro accesorio.
Pagos fijos	Es el pago por una misma cantidad, con la frecuencia y plazo pactado, que esté obligada a pagar La Compañía
Suma asegurada	Es la cantidad máxima de dinero que está obligada a pagar La Compañía, en caso de siniestro.
Monto promedio	Es el promedio de los últimos "n" pagos que se efectúen para el pago de un crédito.

1.10. CLÍNICA Y/O HOSPITAL

Es todo establecimiento que tenga como finalidad la atención de usuarios que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con sala de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeros titulados conforme a la legislación sanitaria correspondiente, las 24 horas del día. **No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.**

Adicionalmente, en cumplimiento con la Ley General de Salud que cuente con los permisos y regulaciones vigentes de acuerdo con lo estipulado por la Secretaría de Salud.

1.11. COACREDITADO

Persona física que comparte de forma solidaria con el acreditado titular, las obligaciones y derechos derivados del contrato de crédito.

1.12. CONTRATANTE

Es aquella persona física, 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;
- Los Endosos que en su caso se agreguen;
- Consentimientos
- Certificados Individuales
- Folleto de Derechos Básicos del Cliente

1.14. CRÉDITO

Es aquella operación financiera por medio de la cual el Contratante presta una suma de dinero al Asegurado en virtud de un contrato escrito ya sea en formato físico o electrónica.

1.15. 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.

1.16. DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

1.17. DEUDOR SOLIDARIO

Es la persona física que, conjuntamente con el Asegurado, se responsabiliza ante el Contratante, del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Crédito otorgado; el Deudor Solidario también podrá ser considerado Asegurado, si esta mencionado como tal en la Caratula de la Póliza y en el Certificado Individual.

1.18. DEUDOR TITULAR

Es la persona física que ha contratado un crédito, préstamo o financiamiento con el Contratante (acreedor) y que, al mismo tiempo, es la persona cuya vida o integridad física es protegida por la póliza de seguro.

1.19. EMPLEADO

Es la persona física que presta sus servicios bajo contrato definitivo o de base, por tiempo indeterminado, realizando para su Patrón un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, y que está inscrita, por parte del Patrón, en alguna Institución de Seguridad Social.

1.20. ENFERMEDAD

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite Tratamiento médico o quirúrgico. Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren. Se consideran como parte de la misma Enfermedad las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

1.21. GRUPO ASEGURABLE

Los Acreditados o Deudores Titulares, así como los Deudores Solidarios de cualquier tipo de crédito otorgado por el Contratante, que mantengan una deuda vigente con éste por tal concepto y deban efectuar el pago de cuotas periódicas y sucesivas. En cualquier caso, este conjunto de personas es representada por el Contratante.

1.22. GRUPO ASEGURADO

Es el conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo 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 aparezcan inscritos en el Registro de Asegurados a que hace referencia el Reglamento del Seguro de Grupo.

1.23. 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 presuma 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: 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.

1.24. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

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

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

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

1.25. 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.

1.26. PERÍODO CUBIERTO

Es el período de aplicación del beneficio, para un solo evento de desempleo involuntario o incapacidad temporal total que afecte al Asegurado durante la vigencia de la póliza.

1.27. PERÍODO DE ELIMINACIÓN

Es el periodo posterior inmediato a la pérdida involuntaria del empleo o incapacidad temporal total durante el cual el Asegurado no estará amparado por el beneficio. El pago del beneficio iniciará al término del periodo de eliminación sólo en caso de persistir el desempleo involuntario o la incapacidad temporal total.

1.28. PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA

Es el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado por los beneficios de desempleo involuntario o incapacidad temporal total. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Grupo asegurado, entendiéndose como ingreso la contratación del Seguro que no sea renovación inmediata y continua de un Seguro anterior.

1.29. PRIMA DE RIESGO

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.

1.30. 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.

1.31. SALDO INSOLUTO

Es el monto pendiente de pago del crédito original otorgado por el Contratante al Asegurado, al momento del siniestro, sin incluir interés moratorio generados con anterioridad o posterioridad al mismo, ni penas convencionales, ni gastos de ejecución.

1.32. 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 y endosos correspondientes para cada cobertura.

1.33. 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 Consentimiento-Certificado correspondiente. Las personas que rebasen ésta, tendrán que presentar pruebas médicas por el excedente de acuerdo con los requisitos de Asegurabilidad fijados por Zurich México.

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

La Vigencia de la póliza se inicia y concluye a las 12.00 Hrs. (mediodía) de las fechas especificadas como inicio y fin de vigencia 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, será la indicada en el Certificado Individual.
- Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes.

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

- Al concluir el plazo de vigencia que aparece en el Certificado Individual.
- Si el Asegurado deja de pertenecer al Grupo Asegurado, la cancelación será efectiva desde el momento de la separación, **quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.**
- Al fallecimiento o dictaminación del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, si cuenta con esta cobertura. En este caso se hará el pago del saldo insoluto al Contratante. Si hubiere remanente de la suma asegurada, será entregada a los beneficiarios designados por el Asegurado.

2.5. CANCELACIÓN DEL SEGURO

Este seguro podrá ser terminado por el Contratante de manera anticipada en cualquier momento cuando lo solicite por escrito o por correo electrónico 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.

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

En este caso la Compañía reembolsará la reserva matemática más la parte no devengada de los gastos de administración de la Compañía, a quien haya realizado el pago de la prima, siempre por conducto del Contratante. El reembolso se efectuará en un plazo máximo de 15 días hábiles siguientes a la cancelación.

Para efectos de esta cláusula la reserva matemática será la que se determine 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 por error en el reporte del Contratante, negligencia en el cumplimiento de las obligaciones antes indicadas a cargo del Contratante, obliga a éste 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 reembolsará al Asegurado lo indicado en la cláusula de Cancelación de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente en un plazo no mayor a 15 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, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días

naturales después 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.

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. 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.

2.13. RESCATE

El valor de rescate correspondiente a cada miembro asegurado del grupo. El valor de rescate es la cantidad en efectivo que puede recuperar el Asegurado al cancelar su certificado individual. El monto de dicho rescate será el que se determine en la cláusula de Cancelación del Seguro. Cada asegurado podrá rescatar en cualquier momento el valor de su certificado, siempre y cuando el saldo insoluto del crédito garantizado mediante el presente seguro se encuentre totalmente liquidado.

2.14. 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 la reserva matemática 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

En caso de que el Asegurado fallezca por cualquier causa o se invalide total y permanentemente durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente, la Compañía pagará el monto del Saldo Insoluto al Contratante, en su carácter de Beneficiario Preferente. En el supuesto de que en el Contrato de Seguro se haya pactado una Suma Asegurada fija y ésta exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará a los Beneficiarios designados distintos del Contratante o a la sucesión legal del Asegurado, según corresponda.

Este plan también podrá complementar la protección al Asegurado, mediante la contratación de coberturas adicionales únicamente cuando se encuentren como expresamente amparadas en el certificado individual correspondiente.

4. COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica de este seguro podrá contratarse bajo alguna de las siguientes opciones.

- a) **Opción 1.-** La cobertura básica del seguro será únicamente la cobertura de Fallecimiento prevista en el numeral 4.1 de las presentes condiciones.
- b) **Opción 2.-** La cobertura básica del seguro comprenderá la cobertura de Fallecimiento prevista en el numeral 4.1, así como la cobertura de Invalidez Total y Permanente prevista en el numeral 4.2, ambos de las presentes condiciones. Pagándose la indemnización correspondiente al Beneficiario Preferente, únicamente a la primera ocurrencia del siniestro que afecte cualquiera de las dos coberturas.

4.1. FALLECIMIENTO

En caso de que el Asegurado fallezca por cualquier causa durante la vigencia del Contrato de Seguro correspondiente, la Compañía pagará el monto del Saldo Insoluto al Contratante, en su carácter de Beneficiario Preferente. En el supuesto de que en el Contrato de Seguro se haya pactado una Suma Asegurada fija y ésta exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará a los Beneficiarios designados distintos del Contratante 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 Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

4.2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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 pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada Contratada según lo indicado en el Certificado Individual.

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

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:
Estos beneficios no se concederán cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- b. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
- c. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- d. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- e. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular.
- f. Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- g. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas,

motonetas y otros vehículos similares de motor.

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

4.3. SUMA ASEGURADA COBERTURA BÁSICA

La suma asegurada de la cobertura básica será:

1. Suma asegurada fija

Esta suma asegurada fija será igual al monto de la deuda que el Asegurado hubiese contratado al iniciar el financiamiento, o la suma determinada por la Compañía de acuerdo a sus Políticas de Suscripción.

2. Suma asegurada variable

- 2.1 Suma asegurada en función de la amortización del crédito, mediante el cual se establece un pago mensual que incluye pago de intereses y amortización de capital.
- 2.2 Suma asegurada en función de la amortización de una parte del capital durante un periodo previamente establecido al momento de la contratación y un pago único al final de dicho periodo.
- 2.3 Suma asegurada en función de la amortización del crédito, mediante el cual se establece un pago mensual, que incluye pago de intereses y amortización de capital. La suma asegurada, a lo largo del período de amortización, adicionalmente al pago de la deuda y sus intereses, cubrirá aquellos pagos que no pudieran ser cubiertos oportunamente por el Asegurado.

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 cobertura 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:

- Desempleo Involuntario
- Incapacidad Temporal Total
- Diagnóstico de Enfermedades Graves
- Pérdidas Orgánicas por Accidente
- Hospital Cash

5.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Cuando durante la vigencia del certificado individual, el Asegurado deje de laborar para el patrón al que presta sus servicios como Empleado, a consecuencia de un despido injustificado, dejando de percibir ingresos económicos por su trabajo, la Compañía pagará al Asegurado, siempre que hayan transcurrido los Periodos de Espera y de Eliminación, respectivamente, las rentas mensuales estipuladas en la carátula de la Póliza, hasta que el Asegurado se reincorpore a alguna actividad o trabajo, o concluya el número máximo de rentas mensuales pactadas, lo que ocurra primero.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado por el Asegurado por una sola ocasión dentro de un periodo de 12 (doce) meses de vigencia ininterrumpida de la cobertura, debiendo cumplir, a la fecha de ocurrencia del despido injustificado, con los siguientes requisitos:

- a) Haber sido despedido de un trabajo en el que prestaba sus servicios como Empleado.
- b) Haber laborado ininterrumpidamente, al menos durante los últimos 12 (doce) meses anteriores al despido.
- c) El Empleado deberá tener un contrato por tiempo indefinido y;
- d) Que el patrón del Asegurado esté inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes.

En caso de que, durante la vigencia del certificado individual, el Asegurado cambie su carácter de Empleado por el de Autoempleado, le dejará de ser aplicable la cobertura de Desempleo Involuntario y le será aplicable la cobertura de Incapacidad temporal total, siempre y cuando cumpla con las características requeridas para ser considerado Autoempleado, según los términos de la Póliza.

El Plazo Máximo de Responsabilidad de la Compañía concluirá al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos, lo que suceda primero:

- a. Terminación del estado de desempleo;
- b. Pago del número máximo de rentas pactadas para la cobertura contratada; o
- c. Fallecimiento del Asegurado

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Incapacidad temporal total para Trabajador Autoempleado, por lo que no podrán ser contratadas simultáneamente.

5.2. INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL

Cuando durante la vigencia del certificado individual el Asegurado Autoempleado, sufra alguna enfermedad o Accidente que le produzca una incapacidad temporal total, la Compañía pagará al Contratante y/o Asegurado, en su caso, siempre que hayan transcurrido los Periodos de Espera y de Eliminación, respectivamente, las rentas mensuales estipuladas en la carátula de la Póliza, mientras subsista el estado de incapacidad temporal total, o concluya el número máximo de rentas mensuales pactadas, lo que ocurra primero.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado por el Asegurado Autoempleado por una sola ocasión dentro de un periodo de 12 (doce) meses de vigencia ininterrumpida de la cobertura, debiendo cumplir, a la fecha de ocurrencia de la incapacidad temporal total, con el siguiente requisito:

- Haber desempeñado actividades remuneradas como Autoempleado al menos durante los últimos 12 (doce) meses anteriores a la ocurrencia del Accidente o Enfermedad que causó la incapacidad temporal total.

En caso de que, durante la vigencia del certificado individual el Asegurado cambie su carácter de Autoempleado por el de Empleado, le dejará de ser aplicable la cobertura de Incapacidad Temporal Total, y le será aplicable la cobertura de Desempleo Involuntario, siempre y cuando cumpla con las características requeridas para ser considerado Empleado, según los términos de la Póliza.

El Plazo Máximo de Responsabilidad de la Compañía concluirá al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos, lo que suceda primero:

- a) Terminación del estado de incapacidad temporal total;
- b) Pago del número máximo de rentas pactadas para la cobertura contratada; o
- c) Fallecimiento del Asegurado

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Desempleo Involuntario, por lo que no podrán ser contratadas simultáneamente.

5.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el Certificado Individual, si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado es diagnosticado o sufre alguna de las Enfermedades Graves, mismas que se podrán contratar únicamente en paquete. En cada apartado en particular se declara la condición de las coberturas.

Para todas las Enfermedades Graves cubiertas existirá un Periodo de Espera de 90 (noventa) días inmediato al inicio de la vigencia del Certificado Individual durante el cual el Asegurado no estará amparado. **Este periodo operará cada vez que se renueve el Seguro, siempre y cuando éste no haya sido renovado de forma inmediata a su terminación. También operará cada vez que se rehabilite la póliza.**

En caso de reclamación e indemnización de una Enfermedad Grave cubierta, la cobertura de Diagnóstico de Enfermedades Graves se mantendrá vigente para aquellas enfermedades que no se hayan manifestado y/o diagnosticado por primera vez.

No se cubren los Diagnósticos de Enfermedades Graves, derivados de Padecimientos Preexistentes.

5.3.1. Infarto al miocardio

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

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

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

5.3.2. Infarto y/o hemorragia cerebral

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual y/o Póliza, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con infarto y/o hemorragia cerebral. Se entenderá por Infarto y/o hemorragia cerebral, un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intracerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

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

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

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

5.3.3. Cirugía coronaria

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con alguno de los padecimientos que ameriten una Cirugía coronariografía con colocación de stents; Se entenderá por Cirugía coronariografía con colocación de stents, el ser sometido a una cirugía de apertura de tórax para corregir el estrechamiento u obstrucción de una o más de las arterias coronarias con desviación de injertos.

Este diagnóstico debe ser soportado por:

- Angiografía.
- Ecocardiograma.
- Electrocardiograma.
- Placa de tórax.

Los estudios deben ser validados por el cardiólogo intervencionista.

Padecimientos cardiacos que ameriten una cirugía como coronariografía con colocación de stents:

Enfermedad renal crónica, no especificada
Tronco arterioso común
Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
Discordancia de la conexión ventrículo arterial
Ventrículo con doble entrada
Discordancia de la conexión auriculoventricular
Defecto del tabique ventricular
Defecto del tabique auriculoventricular
Tetralogía de Fallot
Defecto del tabique aortopulmonar
Estenosis congénita de la válvula aórtica
Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
Estenosis mitral congénita
Insuficiencia mitral congénita
Corazón triauricular
Estenosis del infundíbulo pulmonar
Estenosis subaórtica congénita
Conducto arterioso persistente
Coartación de la aorta
Atresia de la aorta
Estenosis congénita de la vena cava
Complicación mecánica de prótesis de válvula cardiaca
Complicación mecánica de dispositivo electrónico cardiaco
Complicación mecánica de derivación de arteria coronaria e injerto valvular

Complicación mecánica de otros injertos vasculares
Complicación mecánica de catéter para diálisis vascular
Complicación mecánica de otros dispositivos e implantes cardiovasculares

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

5.3.4. Insuficiencia renal crónica

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

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

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

5.3.5. Parálisis de las extremidades

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

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

5.3.6. Trasplante de un órgano vital

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, cuando el Asegurado haya recibido, por primera vez, un trasplante de órgano vital. Se entenderá por Trasplante de un órgano vital, como el procedimiento médico en el que el Asegurado es receptor a una cirugía de trasplante de uno de los siguientes órganos humanos:

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

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

5.3.7. Esclerosis múltiple

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

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

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

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

5.3.8. Distrofia muscular

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Distrofia Muscular. Se entenderá por Distrofia Muscular como, un grupo de enfermedades hereditarias degenerativas del músculo caracterizado por la debilidad y atrofia de músculo.

Para el pago de esta cobertura se deberá demostrar a la Compañía, que el diagnóstico de distrofia muscular debe ser inequívoco y ser realizado por un neurólogo. La condición es tener como consecuencia la incapacidad de la vida del Asegurado para realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes 6 (seis) "Actividades Cotidianas" por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades Cotidianas:

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

5.4. PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

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 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 "A" o "B" contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y/o Consentimiento-certificado, 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%

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 PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE:

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

- Cualquier intento de mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- Infecciones que no provengan de accidentes.**
- Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.**
- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.**
- Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.**
- Accidentes que ocurren durante la participación directa del asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí,**

tauromaquia, caza, rapel, box, vuelos delta, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

- k) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.
- l) Radiaciones atómicas.
- m) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, así como los que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado.
- n) Envenenamiento, excepto cuando se derive de un accidente.
- o) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

5.5. HOSPITAL CASH

El término Hospital Cash (Indemnización por hospitalización) es el beneficio que indemniza al Asegurado con la Suma Asegurada y los días de estancia contratados después de su estancia en un hospital como paciente.

5.5.1. 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 a consecuencia de dicho accidente 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, según se encuentre 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.

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.

5.5.2. 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.

Las hospitalizaciones por enfermedad quedarán amparadas luego de transcurrir 90 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.

5.5.3. 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 básica de Hospital Cash.

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

5.5.4. 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 HOSPITAL CASH:

- a) No se cubren Hospital Cash por Enfermedad, derivados de Padecimientos Preexistentes.
- b) No se cubren Hospital Cash por Enfermedad por maternidad o complicaciones del embarazo.
- c) Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de su estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
- d) Tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, o miopía.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, o gingivales cualquiera que sea su naturaleza y origen.
- f) Trastornos de enajenación mental, depresión, histeria, estrés, neurosis, psicosis, bulimia, anorexia, y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje, o de aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, enfermedades del sueño, roncopatías, y uvulopalatoplastías, independientemente del origen de ésta.
- g) Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la póliza para cada asegurado.
- h) Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- i) Tratamientos experimentales.
- j) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de infertilidad, esterilidad, o control de la natalidad.
- k) Aborto, independientemente que sea como consecuencia de un accidente o enfermedad.
- l) Afecciones propias del embarazo, cesárea, partos prematuros o partos normales o anormales, toda complicación del parto o puerperio y legrados cualquiera que sea su causa, excepto cuando la reclamación sea a consecuencia de un embarazo ectópico y que el embarazo haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza para la asegurada.
- m) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, o tabaquismo.
- n) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
- o) Intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- p) Accidentes y enfermedades originados por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, o por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, excepto cuando hayan sido prescritos por un médico.
- q) Accidentes o enfermedades que sufra el asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, riña, siempre que el asegurado sea el provocador, o actos delictuosos intencionales en los cuales participe directamente.

- r) Accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad.
- s) La práctica profesional de cualquier deporte.
- t) Lesiones que sufra cuando viaje como piloto, mecánico, o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.
- u) Tratamientos por problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.
- v) Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus complicaciones derivadas de la impotencia o disfunción sexual.
- w) Que el asegurado ingrese al hospital en calidad de donador de algún órgano.

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 y/o Beneficiario 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 (cinco) días siguientes a su realización, salvo que el Asegurado y/o Beneficiario 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 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.

6.2. 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.

La Compañía establece al Asegurado o Beneficiario la documentación requerida para la indemnización.

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

a) Coberturas de Fallecimiento:

Los requisitos para el Beneficiario Preferente son los siguientes:

- Original o copia certificada del Acta de Defunción
- Copia de la Identificación oficial del Asegurado
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Carta con detalle del saldo deudor.
- Estado de cuenta del crédito.
- Copia simple del contrato de crédito fechado y firmado por el Asegurado titular y/o cualquier documento que compruebe la existencia del préstamo que contenga fecha y firma del Asegurado titular.

b) En caso de que exista remanente en la Suma Asegurada de la cobertura básica de Fallecimiento:

Los requisitos para los Beneficiarios designados por el Asegurado son los siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado.
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento del Asegurado y/o 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 (INE, pasaporte, cédula profesional), solo en caso de que se cuente con dicho documento.
- Copia simple de la Identificación 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 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 del Ministerio Público en caso de fallecimiento por Accidente.
- 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).

c) 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 alguna institución de seguridad social será necesario entregar Dictamen de Invalidez emitido por médico con cédula de especialista en medicina del trabajo que dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico del mismo especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual.
- Copia certificada del Acta de nacimiento del Asegurado.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Asegurado con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia 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 químicos, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías) 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 y/o fecha del accidente que origine el estado de invalidez 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 y/o accidente que origine el estado de invalidez, 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.

d) 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 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.
- Copia certificada de la carpeta de investigación del Ministerio Público en caso de que el siniestro hubiere ocurrido a causa de un Accidente.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- CURP del Asegurado en copia simple.
- 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 (en formato proporcionado por la Compañía)
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad (en formato proporcionado por la Compañía)

e) Cobertura de Diagnóstico de Enfermedades Graves:

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

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

f) Coberturas de Hospital Cash:

Los requisitos son los siguientes:

- Comprobantes originales del Hospital que hagan constar los días cubiertos de hospitalización.
- Resumen clínico en copia.
- Acta de nacimiento del Asegurado en copia certificada.
- Identificación oficial del Asegurado en copia simple (INE, pasaporte, cédula profesional).
- 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).

g) Cobertura de Desempleo Involuntario:

Los requisitos son los siguientes:

- Carta con detalle de saldo deudor y Estado de cuenta
- Copia simple del contrato de crédito
- Carta de reclamación a la Aseguradora
- Finiquito o liquidación en hoja membretada de la empresa en que laboraba o Demanda ante la junta de conciliación y arbitraje (Original o copia certificada)
- Contrato de Trabajo por Tiempo indeterminado de la empresa donde laboraba el Asegurado (Copia simple)
- Constancia de semanas cotizadas ante el IMSS, ISSSTE o dependencia para la cual

- cotizaba el asegurado (Copia)
- Copia por ambos lados de la identificación oficial del titular asegurado (INE, pasaporte, Cédula profesional, cartilla) visible, legible y actualizada
- Copia de la Tabla de Amortización
- Copia de los últimos 3 recibos de nómina
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Baja Oficial de la Institución de Seguridad Social en la que estaba adscrito (copia simple)

h) Cobertura de Incapacidad Temporal Total:

Los requisitos son los siguientes;

- Aviso de accidente o enfermedad (en formato proporcionado por la Compañía)
- Informe médico donde se indique el motivo de la incapacidad acompañado de Historial clínico (en formato proporcionado por la Compañía)
- Carta de Reclamación a la Aseguradora (en formato proporcionado por la Compañía)
- Estudios y/o análisis médicos realizados
- Acta de Nacimiento del Asegurado (Original o copia certificada)
- Copia por ambos lados de la identificación oficial del titular asegurado (INE, pasaporte, Cédula profesional, cartilla) visible, legible y actualizada
- Copia de la Tabla de Amortización
- CURP del Asegurado en copia simple
- Carta con detalle de saldo deudor y Estado de cuenta
- Copia simple del contrato de crédito

No obstante, a lo descrito en los incisos a), b), c), d), e), f), g) y h), 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 según corresponda la cobertura, la indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) 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 y/o Consentimiento-certificado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

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

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

6.4. 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 de conformidad con lo establecido en la cláusula 6.2

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 los 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 (ARTÍCULO 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 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.

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.

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

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

7.5. 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

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

Cuando el Contrato de seguro se celebre con la intervención de un agente, intermediario financiero, empleados o apoderados de la persona moral autorizada conforme al artículo 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la entrega de la documentación contractual deberá efectuarse siempre a través de dicho intermediario.

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

Si el Contratante/Asegurado no recibe la documentación contractual en la forma prevista

anteriormente, podrá acudir a cualquiera de las oficinas de La Compañía cuyos datos y domicilios se encuentran a su disposición en la página www.zurich.com.mx o bien, deberá solicitarlo a través su Agente de seguros.

Cuando el pago de la prima se efectúe con cargo a una tarjeta o cuenta bancaria, la póliza que se emita junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante, podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración del contrato de seguro.

7.9. 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 (treinta) días naturales siguientes a la celebración del contrato a través de correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el Contratante para tal efecto. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al siguiente día hábil.

7.10. MONEDA

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en moneda nacional 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 el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

7.12. EDADES DE ACEPTACIÓN

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 mínimo y máximo de edades de admisión fijados por la Compañía son los siguientes, dentro de los cuales de conformidad con las políticas de suscripción de la Compañía podrá fijar diversos límites para cada Grupo Asegurado en la carátula de la póliza.

Cobertura	Edades mínimas	Edades máximas
Fallecimiento	18 a 65 años	80 años
Invalidez Total y Permanente	18 a 65 años	80 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (A/B)	18 a 65 años	75 años
Diagnóstico de Enfermedades Graves	18 a 65 años	65 años
Hospital Cash	18 a 65 años	65 años
Desempleo Involuntario	18 a 64 años	75 años
Incapacidad Temporal Total	18 a 65 años	75 años

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 la reserva matemática correspondiente al certificado respectivo a la fecha de la 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 extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito del cambio de ocupación, la Compañía, en caso de siniestro, únicamente deberá devolver la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado en un plazo no mayor a siete (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, será disputable a partir de la fecha en la que la Compañía celebra 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

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

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

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

7.18. PRIMA

La prima se registrará conforme a las siguientes reglas:

- a) La prima del Grupo Asegurado 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 a pagar será prima única.
- c) 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.
- d) 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.
- e) **Si no hubiera sido pagada la prima dentro de los primeros 30 días naturales siguientes al vencimiento de la prima total, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12:00 horas del último día de este plazo, considerando las horas oficiales del lugar en donde se emita la póliza.**
- f) La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o medio indicado por esta contra entrega del recibo correspondiente.
- g) 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 correspondiente al periodo de seguro contratado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- h) La obligación del pago de primas será del Contratante.
- i) 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 hiciera. 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 hiciera 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. OPERACIONES Y SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

7.24. AGRAVACIÓN DEL 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.

7.25. 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/aviso-de-privacidad>.

7.26. 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>

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 25 de agosto de 2026 con el número CNSF-S0037-0175-2026/CONDUSEF-007237-02.