

Seguro de Accidentes Personales y Enfermedades graves

CONDICIONES GENERALES

Enero 2025

ÍNDICE

1. DEFINICIONES	6
1.1. ACCIDENTE	6
1.2. ALUMNOS	6
1.3. ACREDITADOS	6
1.4. ASEGURADO	6
1.5. ASEGURADOS CON AFINIDAD AL CONTRATANTE	6
1.6. ASEGURADORA Y/O COMPAÑÍA Y/O ZURICH	6
1.7. ASESORES	6
1.8. ASOCIADOS	6
1.9. AUTOEMPLEADOS	6
1.10. BENEFICIARIOS	7
1.11. BENEFICIO	7
1.12. CERTIFICADO o CERTIFICADO INDIVIDUAL	7
1.13. CLÍNICA Y/O HOSPITAL	7
1.14. COLECTIVIDAD ASEGURABLE	7
1.15. COLECTIVIDAD ASEGURADA	7
1.16. COLECTIVIDADES ESCOLARES	7
1.17. CONTRATANTE	8
1.18. CULPA GRAVE	8
1.19. DEDUCIBLE	8
1.20. DIA DE HOSPITALIZACION	8
1.21. EMPLEADOS	8
1.22. ENDOSO	8
1.23. ENFERMEDAD	8
1.24. INTEGRANTE	8
1.25. JUBILADOS	8
1.26. MIEMBROS DE CLUB DEPORTIVO	8
1.27. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE	8
1.28. PASAJEROS DE TRANSPORTE	9
1.29. PENSIONADOS	9
1.30. PERIODO DE BENEFICIO	9
1.31. REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO	9
1.32. SIGNOS O SINTOMAS	9
1.33. SOCIOS	9
1.34. SOCIOS DE SOCIEDAD CIVIL	9
1.35. SUMA ASEGURADA	9
1.36. USUARIOS DE TOURS	9

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO	10
2.1. Vigencia	10
2.2. Renovación	10
2.3. Rehabilitación	10
2.4. Terminación	11
2.5. Cancelación anticipada del seguro	11
2.6. Obligación del Contratante	11
2.7. Reporte de movimientos	12
2.8. Registro de asegurados	12
2.9. Cambio de contratante	13
2.10. Certificados individuales	13
3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	13
3.1. Coberturas Básicas y/o Adicionales	13
3.1.1. Muerte Accidental	14
3.1.2. Muerte Accidental por Acto Violento	14
3.1.3. Muerte Accidental del Asegurado como Conductor u Ocupante	14
3.1.4. Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático	14
3.1.5. Muerte Accidental en Viaje Aéreo	14
3.1.6. Muerte Accidental Colectiva	15
3.1.7. Pérdidas Orgánicas por Accidente	15
3.1.8. Pérdidas Orgánicas por Acto Violento	16
3.1.9. Pérdidas Orgánicas por Accidente del Asegurado como Conductor u Ocupante	16
3.1.10. Pérdidas Orgánicas por Accidente en Transporte Público Terrestre o Acuático	17
3.1.11. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	17
3.1.12. Reembolso de Gastos Médicos por lesiones ocasionadas en Acto Violento	18
3.1.13. Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental	18
3.1.14. Invalidez Total y Permanente por Accidente	19
3.1.15. Coberturas de Cáncer	20
3.1.15.1. Diagnóstico de Cáncer	20
3.1.15.2. Diagnóstico de Cáncer Femenino	20
3.1.15.3. Diagnóstico de Cáncer Masculino	20
3.1.15.4. Indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna	21
3.1.15.5. Indemnización por diagnóstico de Cáncer cérvico uterino	21
3.1.15.6. Indemnización por diagnóstico de Cáncer de próstata	21
3.1.15.7. Indemnización por diagnóstico de Cáncer de mama	21
3.1.15.8. Indemnización por intervenciones quirúrgicas por Cáncer	21
3.1.15.9. Cirugía reconstructiva por Cáncer	22
3.1.15.10. Prótesis por cirugía radical de Cáncer de mama	22
3.1.16. Diagnóstico de Enfermedades Graves	22

3.1.16.1.	Infarto al miocardio	23
3.1.16.2.	Infarto y/o hemorragia cerebral	23
3.1.16.3.	Cirugía coronaria	24
3.1.16.4.	Insuficiencia renal crónica	25
3.1.16.5.	Parálisis de las extremidades	25
3.1.16.6.	Trasplante de un órgano vital	25
3.1.16.7.	Esclerosis múltiple	26
3.1.16.8.	Distrofia muscular	26
3.1.17.	Hospital Cash	27
3.1.17.1.	Hospital Cash por Accidente	27
3.1.17.2.	Hospital Cash por Enfermedad	27
3.1.17.3.	Cobertura por hospitalización en terapia intensiva (opcional)	28
3.1.17.4.	Cobertura por convalecencia (opcional)	29
3.1.17.5.	Exclusiones para las coberturas HOSPITAL CASH:	29
3.1.18.	Exclusiones para todas las coberturas	29
4.	INDEMNIZACIONES	30
4.1.	Aviso	30
4.2.	Requisitos para el pago de Reclamaciones	31
4.3.	Indemnización	33
4.4.	Comprobación del Siniestro	33
5.	CLÁUSULAS GENERALES	33
5.1.	Contrato	33
5.2.	Rectificación de la Póliza	33
5.3.	Modificaciones al Contrato	33
5.4.	Comunicaciones y/o Notificaciones	34
5.5.	Prescripción	34
5.6.	Competencia	34
5.7.	Indemnización por mora	34
5.8.	Entrega de documentación contractual	34
5.9.	Entrega electrónica de documentación contractual	35
5.10.	Moneda	35
5.11.	Comisiones y Compensaciones Directas	35
5.12.	Edad	35
5.13.	Residencia	36
5.14.	Cambio de ocupación	36
5.15.	Beneficiarios	36
5.16.	Disputabilidad	37
5.17.	Omissiones o Inexactas Declaraciones	37
5.18.	Prima	38

5.19.	Contribución de los Asegurados	38
5.20.	Ajuste a la Suma Asegurada	39
5.21.	De Sanciones	39
5.22.	Cláusula de Arbitraje.	39
5.23.	Agravación de Riesgo	40
6.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	41
7.	MARCO LEGAL.....	41
ENDOSOS OPCIONALES QUE PODRÍAN CONTRATARSE BAJO CONVENIO EXPRESO, LOS CUALES DEBEN DE APARECER DENTRO DE LA PÓLIZA PARA QUE SE CONSIDEREN CUBIERTOS, EN CASO CONTRARIO NO ESTÁN AMPARADOS EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA.....		53
ENDOSO DE COBERTURA POR DEPORTES PELIGROSOS.....		53
ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL EN AVIACIÓN PARTICULAR.....		54
ENDOSO DE COBERTURA POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO		55
ENDOSO DE ELEGIBILIDAD.....		56

1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. ACCIDENTE

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

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

1.3. ACREDITADOS

Conjunto de personas físicas a las cuales el Contratante les ha otorgado un crédito: Titulares de Crédito, Coacreditados, Socios Ahorradores, Clientes de bancos, financieras, Cooperativas de ahorro con cualquiera de sus productos -Crédito, ahorro, fiducia, inversión, etc.-.

1.4. ASEGURADO

Cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA, sujeto a los riesgos amparados por la póliza respectiva.

1.5. ASEGURADOS CON AFINIDAD AL CONTRATANTE

1. **Clientes del Contratante:** Minoristas, mayoristas, comercializadores, distribuidores físicos y/o tiendas virtuales, otros clientes asiduos al contratante.
2. **Afiliados del Contratante:** Federaciones, asociaciones profesionales, asociaciones.
3. **Asistentes a eventos:** Conjunto de personas físicas que participan como espectadores de eventos o como participantes de eventos a realizarse en determinado tiempo y lugar.
4. **Comparadores de seguros.**

1.6. ASEGURADORA Y/O COMPAÑÍA Y/O ZURICH

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.

1.7. ASESORES

Es un profesional que ofrece servicios de consultoría.

1.8. ASOCIADOS

Se entiende por Asociados, cuando varios individuos convinieren en reunirse, de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico, constituyen una asociación.

1.9. AUTOEMPLEADOS

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

1.10. BENEFICIARIOS

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

1.11. BENEFICIO

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

1.12. CERTIFICADO o CERTIFICADO INDIVIDUAL

Son los certificados individuales de seguro colectivo expedido por la Aseguradora mediante los cuales, hace constar el aseguramiento de cada integrante de la colectividad como Asegurado, las coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la vigencia que corresponda, la designación de Beneficiarios y, en general los datos a que hace referencia el artículo 16 del Reglamento del Seguro Colectivo.

1.13. 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.

1.14. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro y cuyas características se mencionan en la carátula de la póliza, pudiendo ser éstas de forma enunciativa más no limitativa: Alumnos, Acreditados, Asociados, asesores, autoempleados, empleados, jubilados, miembros del club deportivo, pensionados, socios, socios de sociedad civil, jubilados, asegurados con afinidad al Contratante, colectividades escolares, pasajeros de transporte y usuarios de tours según se definen dichos términos en este apartado.

1.15. COLECTIVIDAD ASEGURADA

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

1.16. COLECTIVIDADES ESCOLARES

- a) **Alumnos con/sin Padres.** Conjunto de personas físicas, madre y padre del alumno, que legalmente ostenten la patria potestad del alumno inscrito que cursa estudios en un centro de estudios con reconocimiento oficial, así como los propios estudiantes que forman parte de la comunidad estudiantil de dicho plantel educativo.
- b) **Maestros y empleados adicionales.** Conjunto de personas físicas con relación laboral (ver Empleados).
- c) **Padres o tutores de alumnos en el caso de seguros de orfandad.** Conjunto de personas físicas, madre y padre del alumno, que legalmente ostenten la patria potestad del alumno inscrito que cursa estudios en un centro de estudios con reconocimiento oficial.

1.17. CONTRATANTE

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

1.18. 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.

1.19. DEDUCIBLE

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

1.20. DIA DE HOSPITALIZACION

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

1.21. EMPLEADOS

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

1.22. ENDOSO

Documento que modifica las condiciones originalmente contratadas de la póliza, previo acuerdo entre el Asegurado y la Compañía; y forma parte integrante de ésta última.

1.23. 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.

1.24. INTEGRANTE

A cualquier persona que forme parte de la Colectividad Asegurada.

1.25. JUBILADOS

Actualmente el concepto de Jubilación no se encuentra en la Constitución, ni en la Ley Federal del Trabajo ni en la Ley del Seguro Social ni en la del ISSTE, ya que dicho concepto se empleaba en las leyes del ISSSTE de 1959 y 1984, así como en las leyes de seguridad social de las entidades federativas, en los contratos colectivos y en la jurisprudencia. Con la reforma a la LISSSTE vigente a partir del 2007, las jubilaciones desaparecieron, pero forman parte del denominado "régimen del Décimo Transitorio" no obstante, pueden existir colectividades que integren jubilados que pidan alguna cobertura, aunque por las edades, suelen estar ya fuera de admisión de las aseguradoras.

1.26. MIEMBROS DE CLUB DEPORTIVO

Son los Socios del club (socios) y Personal del club (asociados).

1.27. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

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

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

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

1.28. PASAJEROS DE TRANSPORTE

Conjunto de personas físicas que contratan servicio de transporte público de pasajeros con un transportista debidamente constituido y con los permisos necesarios vigentes para operar dicho servicio de transporte conforme a la regulación vigente que le es aplicable (Usuarios de medios de transporte como aerolíneas, autobuses etc.).

1.29. PENSIONADOS

Persona física que por resolución de las leyes de seguridad social tienen otorgadas una pensión por incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada, pensión de viudez, orfandad o de ascendencia.

1.30. PERIODO DE BENEFICIO

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará dentro de los treinta días siguientes a la terminación de vigencia del respectivo certificado, siempre y cuando éste sea renovado sin interrupción, caso en el que el periodo de beneficio será prorrogado por otro período de seguro.

1.31. REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO

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

1.32. SIGNOS O SINTOMAS

Se entiende como cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y por síntomas al fenómeno o anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza indica que algo está sucediendo o va a suceder.

1.33. SOCIOS

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

1.34. SOCIOS DE SOCIEDAD CIVIL

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

1.35. SUMA ASEGURADA

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

1.36. USUARIOS DE TOURS

Conjunto de personas físicas que celebran con el Contratante un contrato de prestación de servicios turísticos, es decir los clientes que ejercen actividades turísticas.

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

No obstante, lo anterior, **en dicha renovación, los cambios que podrían darse en la renovación, es la posibilidad de incrementos en las primas, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.**

En la renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

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 5.18.
- b) Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación la Colectividad deberá reunir el requisito de número de miembros pactado en la carátula de la póliza y los requisitos que señala el Reglamento del Seguro Colectivo.
- 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.
- Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes.

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

- Si el Asegurado deja de pertenecer a la Colectividad Asegurada. En este caso, la Compañía enviará un aviso de cancelación, siendo efectiva desde el momento de la separación, **quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.**
- Si el Asegurado al momento de la renovación, alcanza la edad de cancelación establecida en su caso para cada cobertura.
- Cuando la suma de las indemnizaciones pagadas al Asegurado por uno o más accidentes sufridos durante la vigencia de la póliza, agote la suma asegurada contratada o, esta póliza quede cancelada.

2.5. Cancelación anticipada del seguro

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

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

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

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

2.6. Obligación del Contratante

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

- a. Informar a la Compañía mediante la solicitud de seguro y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, el ingreso a la Colectividad Asegurada, de nuevos integrantes, incluyendo los consentimientos respectivos, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, si el objeto del contrato de Seguro Colectivo es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b. Informar a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes de la Colectividad Asegurada.
- c. Informar a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, como el cambio de ocupación de los miembros de la Colectividad Asegurada.

- d. Informar a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, los nuevos consentimientos de los ASEGURADOS cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.
- e. El Contratante sólo podrá solicitar ingresos a la Colectividad Asegurada de aquellas personas que cumplan con las características fijadas por la Compañía. **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.**

En caso de que el Contratante omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada..

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

2.7. Reporte de movimientos

El Contratante debe de reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha que ocurran, salvo convenio específico.

Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible por adquirir las características establecidas por la Compañía para formar parte de la Colectividad asegurada en el presente contrato.

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

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

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta póliza, dejando de pertenecer a la Colectividad Asegurada, y los beneficios para ellas cesarán desde el momento de la separación, **quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.**

2.8. Registro de asegurados

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

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

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

2.9. Cambio de contratante

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

En cualquier caso, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

2.10. Certificados individuales

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

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

La Compañía, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma: a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento y entrega a los Asegurados de dichos Certificados.

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

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Este es un producto integrado por varias coberturas que funcionan como Básicas y/o Adicionales, de tal forma que, para gozar de su beneficio, las coberturas deberán estar contratadas e indicadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual o mediante especificación anexa a la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

El Asegurado podrá contribuir al pago de las primas de la cobertura básica y/o adicionales. El porcentaje de participación correspondiente se indicará en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

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

3.1. Coberturas Básicas y/o Adicionales

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

3.1.1. Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura señalada en el Certificado Individual y/o Póliza a los Beneficiarios designados, si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente.

3.1.2. Muerte Accidental por Acto Violento

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura a los Beneficiarios designados si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado fallece como consecuencia de un acto violento cubierto.

Para efecto de esta cobertura se entiende como acto violento, aquel acontecimiento donde se hace uso de la fuerza o el poder físico (de hecho, o como amenaza) contra el propio Asegurado, otra persona o un grupo o comunidad, que provoque la muerte del Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. **No se cubre cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.**

3.1.3. Muerte Accidental del Asegurado como Conductor u Ocupante

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura a los Beneficiarios designados, si durante la vigencia del Certificado Individual el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente.

Para efectos de esta cobertura se entiende como Accidente cubierto aquel Accidente automovilístico ocurrido mientras el Asegurado se encuentre a bordo como conductor u ocupante de un automóvil o camioneta de pasajeros con placas de uso particular y que provoque la muerte del Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

3.1.3.1. Exclusiones de la cobertura

La Compañía no hará ningún pago por esta cobertura, si el accidente que provoque el fallecimiento del Asegurado ocurre en un taxi o en cualquier otro vehículo de transporte público de pasajeros.

3.1.4. Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura a los Beneficiarios designados, si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un transporte público terrestre o acuático legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros con itinerarios fijos y que provoque la muerte del Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. El ascenso y el descenso al transporte anteriormente descritos están cubiertos.

3.1.5. Muerte Accidental en Viaje Aéreo

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente de esta cobertura a los Beneficiarios designados si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras se encuentre viajando como pasajero a bordo de una aeronave de una línea aérea comercial debidamente autorizada para el transporte público aéreo de pasajeros, fallece dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. La cobertura inicia en el momento en que el Asegurado esté debidamente registrado y con pase de abordar u otro comprobante expedido por la aerolínea para tal efecto, la cobertura termina para el Asegurado al descender de la aeronave.

3.1.6. Muerte Accidental Colectiva

La Compañía pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los Beneficiarios designados si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente Colectivo.

Para efectos de esta cobertura se entiende como Accidente Colectivo cubierto, aquel Accidente ocurrido que provoque la muerte del Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento y si el fallecimiento del Asegurado ocurriera:

- Mientras el Asegurado viaje como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares;
- Mientras el Asegurado viaje como pasajero en un ascensor que opera para servicio público, **salvo cualquier ascensor usado en minas o**;
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

3.1.7. 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 contratada, multiplicado por la Suma Asegurada contratada en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

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

La tabla para Pérdidas Orgánicas es la siguiente:

Por la pérdida de:	Escala "A"	Escala "B"
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio o el anular o el meñique	5%	5%
Cualquier dedo del pie		5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice		30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice		25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice		25%
La audición total e irreversible en ambos oídos		25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar		20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior		15%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

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

3.1.8. Pérdidas Orgánicas por Acto Violento

La Compañía pagará la indemnización de esta cobertura al mismo Asegurado si durante la vigencia del Certificado Individual, y como consecuencia de un Accidente cubierto, el Asegurado sufre una o varias pérdidas orgánicas. La indemnización será igual al porcentaje que corresponda a tal pérdida, de acuerdo con la escala contratada, multiplicado por la Suma Asegurada contratada en vigor al momento de ocurrir el siniestro..

Para efectos de esta cobertura se entiende como acto violento cubierto aquel acontecimiento donde se hace uso de la fuerza o el poder físico (de hecho, o como amenaza) contra el propio Asegurado, otra persona o un grupo o comunidad, que provoque pérdidas orgánicas en el Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

No se cubre cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia del Certificado Individual, 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.

3.1.9. Pérdidas Orgánicas por Accidente del Asegurado como Conductor u Ocupante

La Compañía pagará la indemnización de esta cobertura al propio Asegurado si durante la vigencia del Certificado, y como consecuencia de un Accidente automovilístico ocurrido mientras el Asegurado se encuentre a bordo de un automóvil o camioneta de pasajeros con placas de uso particular y a consecuencia de dicho Accidente, provoque pérdidas orgánicas en el Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

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

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

3.1.9.1. Exclusiones de la cobertura

La Compañía no hará ningún pago por esta cobertura, si el Accidente que provoque las pérdidas orgánicas del Asegurado ocurre en un taxi o en cualquier otro vehículo de transporte público de pasajeros.

3.1.10. Pérdidas Orgánicas por Accidente en Transporte Público Terrestre o Acuático

La Compañía pagará la indemnización de esta cobertura al propio Asegurado si durante la vigencia del Certificado, y como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un transporte público terrestre o acuático legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros con itinerarios fijos, sufriera pérdidas orgánicas dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. El ascenso y el descenso al transporte anteriormente descrito están cubiertos.

La indemnización será igual al porcentaje que corresponda a tal pérdida, de acuerdo con la escala contratada, multiplicado por la Suma Asegurada contratada en vigor al momento de ocurrir el siniestro siempre y cuando la cobertura se encuentre amparada en la carátula de la póliza.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia del Certificado Individual, 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.

3.1.11. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

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

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

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

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

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

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

Para efectos de esta cobertura se entiende como Accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado

efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

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

3.1.12. Reembolso de Gastos Médicos por lesiones ocasionadas en Acto Violento

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

Para efectos de esta cobertura se entiende como acto violento cubierto aquel acontecimiento donde se hace uso de la fuerza o el poder físico (de hecho, o como amenaza) contra el propio Asegurado, otra persona o un grupo o comunidad, que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

No se cubre cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

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

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

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

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

3.1.13. Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental

La Compañía reembolsará con límite de la Suma Asegurada contratada vigente para este beneficio, a los Beneficiarios designados, el importe de los gastos funerarios incurridos, si el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente cubierto.

Sólo en caso de que lo Asegurados que se encuentren señalados en el Certificado Individual fallecieran dentro de la vigencia del propio Certificado Individual y tuvieran una edad menor o igual a 12 años cumplidos al momento del fallecimiento, la Compañía sólo reembolsará, los gastos funerarios incurridos por éste previa presentación de los comprobantes fiscales relativos a los gastos funerarios efectuados por el fallecimiento de dichos menores. **Dicho reembolso podrá ser hasta el equivalente a 30 (treinta) veces el valor mensual del a Unidad de Medida y Actualización.**

No se considerarán gastos funerarios aplicables para reembolso de la presente cobertura, el reembolso de gasto de alimentos,

bebidas, renta de transporte para traslado de deudos o acompañantes o cualquier otro tipo de gasto no relacionado con los gastos funerarios que cubran el servicio correspondiente de los menores.

3.1.14. Invalidez Total y Permanente por Accidente

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado, sí durante la vigencia del Certificado Individual y a consecuencia de un Accidente cubierto, el Asegurado es declarado en estado de invalidez total y permanente.

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

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

Esta cobertura tiene un período de espera a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, de 3 o 6 meses según se haya contratado y se indique en el propio Certificado Individual. No aplica en caso de renovación.

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

Los siguientes casos de pérdidas orgánicas se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y para ellos no opera el periodo de espera:

- a) La pérdida de la vista en ambos ojos; o
- b) La pérdida de ambas manos; o
- c) La pérdida de ambos pies; o
- d) La pérdida de una mano y un pie; o
- e) La pérdida de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo; o
- f) La pérdida de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella;

- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falange, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- Por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión;
- Por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

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

3.1.15. Coberturas de Cáncer

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado, sí durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado es diagnosticado con Cáncer.

Estas coberturas se ofrecen de la siguiente manera para su contratación:

3.1.15.1. Diagnóstico de Cáncer

- Indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna.

Coberturas opcionales para Diagnóstico de Cáncer:

- Indemnización por intervenciones quirúrgicas por Cáncer.
- Cirugía reconstructiva por Cáncer.

3.1.15.2. Diagnóstico de Cáncer Femenino

- Indemnización por diagnóstico de Cáncer cérvico uterino.
- Indemnización por diagnóstico de Cáncer de mama.

Coberturas opcionales para Diagnóstico de Cáncer Femenino:

- Indemnización por intervenciones quirúrgicas por Cáncer.
- Cirugía reconstructiva por Cáncer.
- Prótesis por cirugía radical de Cáncer de mama.

3.1.15.3. Diagnóstico de Cáncer Masculino

- Indemnización por diagnóstico de Cáncer de próstata.

Coberturas opcionales para Diagnóstico de Cáncer Masculino:

- Indemnización por intervenciones quirúrgicas por Cáncer.
- Cirugía reconstructiva por Cáncer.

Las coberturas descritas en las siguientes agrupaciones en 3.1.15.1, 3.1.15.2 y 3.1.15.3 son excluyentes, es decir, sólo se podrá contratar una de ellas por integrante de la colectividad.

Las agrupaciones descritas en 3.1.15.1, 3.1.15.2 y 3.1.15.3, en caso de contratación de la agrupación se incluirá de forma automática la cobertura que no han sido identificadas como opcional. Las coberturas que han sido identificadas como opcional, siempre irán junto a las coberturas definidas como automática.

Para todas las coberturas de Cáncer existirá un Periodo de Espera de noventa (90) 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.

El alcance de las coberturas de Cáncer que deberán estar señaladas como contratadas o amparadas en el respectivo Certificado Individual y/o Póliza para ser exigibles a la Compañía, es el siguiente:

3.1.15.4. Indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna

La Compañía indemnizará la Suma Asegurada indicada en el Certificado Individual y/o Póliza, si al Asegurado le diagnostican por primera vez durante la vigencia del seguro, la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario.

3.1.15.5. Indemnización por diagnóstico de Cáncer cérvico uterino

El Cáncer cérvico uterino consiste en el crecimiento lento previo a la aparición de células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasando por el proceso de displasia, que consiste en la manifestación de células anormales, que posteriormente comenzarán a crecer y diseminarse con mayor profundidad en el cuello del útero y en las áreas circundantes.

Se pagará la Suma Asegurada contratada al momento de ser diagnosticado por primera vez la Etapa II B siempre que sea procedente de acuerdo con resto de las Condiciones Generales. Para lo cual se solicitará el estudio o reporte histopatológico.

3.1.15.6. Indemnización por diagnóstico de Cáncer de próstata

Es la proliferación de células malignas a partir de tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células.

Se pagará la Suma Asegurada contratada al momento de ser diagnosticado por primera vez el cáncer de próstata en la Etapa II B siempre que sea procedente de acuerdo con las Condiciones Generales. Para lo cual se solicitará el estudio o reporte histopatológico.

3.1.15.7. Indemnización por diagnóstico de Cáncer de mama

Es la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

Se pagará la Suma Asegurada contratada e indicada en el Certificado Individual, al momento de ser diagnosticado por primera vez la Etapa II A siempre que sea procedente de acuerdo con las Condiciones Generales. Para lo cual se solicitará el estudio o reporte histopatológico y mastografía.

3.1.15.8. Indemnización por intervenciones quirúrgicas por Cáncer

Cuando el Asegurado sea sometido a una intervención quirúrgica, durante la vigencia de la póliza, como producto de un Cáncer cubierto por la presente Póliza y el respectivo certificado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y señalada en el Certificado Individual para esta cobertura.

3.1.15.9. Cirugía reconstructiva por Cáncer

Si a consecuencia de alguna cobertura de Cáncer contratada en esta Póliza y el respectivo certificado, y durante la vigencia de los mismos, el Asegurado requiere de la reconstrucción de alguna de las partes corporales perjudicadas, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada indicada en el Certificado Individual para esta cobertura.

3.1.15.10. Prótesis por cirugía radical de Cáncer de mama

Si a consecuencia de una cirugía radical por Cáncer de mama sobre la mujer, amparado bajo esta Póliza y el respectivo certificado y durante la vigencia de los mismos, el Asegurado requiere de alguna prótesis e implantación de la misma, derivada de este padecimiento de Cáncer y cubierto por esta Póliza y el respectivo certificado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de ser un caso unilateral sólo se pagará el lado afectado y en caso de ser bilateral se pagarán ambos lados.

Bajo esta cobertura quedan excluidos:

- 1. Cáncer de Piel**
- 2. Tumores con presencia de infecciones de Virus de la inmunodeficiencia humana;**
- 3. Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como premalignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3;**
- 4. Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5 mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis;**
- 5. Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI.**
- 6. Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a II B.**
- 7. Todo cáncer de mama en etapas menores a II A.**
- 8. Las coberturas de cáncer señaladas como contratadas o amparadas en el respectivo Certificado Individual y/o Póliza están limitadas a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. En caso de una posterior manifestación u ocurrencia de cáncer estas no serán cubiertas por este seguro.**

3.1.16. 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 noventa (90) 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.

3.1.16.1. 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 nuevo ataque cardíaco:

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

3.1.16.2. 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 nuevo ataque solo en caso de requerirse.
- Biometría hemática (en las primeras 24 horas).

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

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

3.1.16.3. 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 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 cardíacos que ameriten una cirugía como coronariografía con colocación de stents:

N189	Enfermedad renal crónica, no especificada
Q200	Tronco arterioso común
Q201	Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
Q020	Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
Q203	Discordancia de la conexión ventrículo arterial
Q204	Ventrículo con doble entrada
Q205	Discordancia de la conexión auriculoventricular
Q210	Defecto del tabique ventricular
Q212	Defecto del tabique auriculoventricular
Q213	Tetralogía de Fallot
Q214	Defecto del tabique aortopulmonar
Q230	Estenosis congénita de la válvula aórtica
Q231	Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
Q232	Estenosis mitral congénita
Q233	Insuficiencia mitral congénita
Q242	Corazón triauricular
Q243	Estenosis del infundíbulo pulmonar
Q244	Estenosis subaórtica congénita
Q250	Conducto arterioso persistente
Q251	Coartación de la aorta

Q252	Atresia de la aorta
Q260	Estenosis congénita de la vena cava
T820	Complicación mecánica de prótesis de válvula cardíaca
T821	Complicación mecánica de dispositivo electrónico cardíaco
T822	Complicación mecánica de derivación de arteria coronaria e injerto valvular
T823	Complicación mecánica de otros injertos vasculares
T824	Complicación mecánica de catéter para diálisis vascular
T825	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.

3.1.16.4. 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.

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

N180	Insuficiencia renal terminal
N188	Otras insuficiencias renales crónicas
N189	Enfermedad renal crónica, no especificada

3.1.16.5. 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.

3.1.16.6. 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.

3.1.16.7. 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.

3.1.16.8. 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, el diagnóstico de distrofia muscular debe ser inequívoco y ser realizado por un neurólogo. La condición es tener como consecuencia la incapacidad de la vida del Asegurado para realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) "Actividades Cotidianas" por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses: Actividades Cotidianas (i) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios; (ii) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos; (iii) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa; (iv) Movilidad, la

habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas; (v) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal; (vi) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

3.1.17. Hospital Cash

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

3.1.17.1. Hospital Cash por Accidente

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

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

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

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

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

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

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

3.1.17.2. Hospital Cash por Enfermedad

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el Certificado Individual, si a consecuencia de una Enfermedad, el Asegurado se encontrase hospitalizado por prescripción médica en una clínica u hospital legalmente autorizado, la Compañía pagará, mientras

subsista la hospitalización, la cantidad diaria contratada e indicada en el Certificado Individual, siempre y cuando el Asegurado esté hospitalizado al menos el período establecido como deducible o Franquicia en el propio Certificado Individual.

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

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

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

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

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

Las hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores. Esta cobertura paga la indemnización de manera diaria sin embargo existe la opción de pagar una indemnización en una sola exhibición, la cual se pagará de acuerdo con la constancia o reporte de internamiento.

3.1.17.3. 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.

3.1.17.4. 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.

3.1.17.5. Exclusiones para las coberturas HOSPITAL CASH:

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

3.1.18. Exclusiones para todas las coberturas

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

- a) Suicidio, lesiones o padecimientos provocados intencionalmente por el propio Asegurado aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- b) Padecimientos o Enfermedades Preexistentes.**
- c) Lesiones o accidentes provocados por culpa grave del Asegurado, como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, excepto si estos últimos fueron prescritos por un médico.**
- d) Lesiones causadas en riña siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.**
- e) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- f) Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.**
- g) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el Asegurado.**
- h) Lesiones o accidentes sufridos al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- i) Cualquier forma de navegación submarina.**

- j) Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.**
- k) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**
- l) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente.**
- m) Alimentos y servicios de estacionamiento de acompañantes (cualquier otro gasto erogado por ellos).**
- n) Hernias o eventraciones, excepto cuando sean a causa de un Accidente.**

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

- o) Vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares, por ejemplo, vuelos chárteres, taxis aéreos, helicópteros, globos y planeadores.**
- p) Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- q) Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor**
- r) La práctica ocasional, amateur o profesional de deportes peligrosos como, por ejemplo, paracaidismo, buceo, tauromaquia, charrería, alpinismo, motociclismo, cualquier clase de deporte aéreo, esquí, tauromaquia, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.**

4. INDEMNIZACIONES

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

4.1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes a su realización, salvo que el Asegurado incurriera en mora por caso fortuito o fuerza mayor, en ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

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

4.2. Requisitos para el pago de Reclamaciones

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

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

a) Coberturas de Muerte Accidental:

Los requisitos son los siguientes:

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

b) Coberturas de Pérdidas Orgánicas

Los requisitos son los siguientes:

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

c) Coberturas de Reembolso de Gastos Médicos

Los requisitos son los siguientes:

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad (en formato proporcionado por la Compañía).
- Formato de Reembolso de Gastos Médicos (proporcionado por la Compañía).
- Informe Médico (en formato proporcionado por la Compañía).
- Estudios y análisis médicos relacionados al padecimiento.
- Resumen clínico.

- Receta médica en caso de Reembolso por Gasto en medicamento.
- Acta de nacimiento del Asegurado.
- Identificación oficial vigente del Asegurado en copia simple, solo si cuenta con ella (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Comprobante de domicilio con vigencia menor a tres meses en copia simple.
- Carátula de estado de cuenta bancario con vigencia menor a 3 meses.
- Facturas de los gastos erogados en PDF y XML.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

d) Coberturas de Cáncer

Los requisitos son los siguientes:

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

e) Coberturas 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 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.
- Acta de nacimiento del Asegurado en original o 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 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).

4.3. Indemnización

En caso de ser procedente el siniestro, la Compañía pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios designados, tratándose de las coberturas de Muerte Accidental, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

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

4.4. Comprobación del Siniestro

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

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación o información de que trata el párrafo anterior.

5. CLÁUSULAS GENERALES

5.1. Contrato

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

5.2. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o Contratante podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Artículo 25 de la ley sobre el contrato de seguro.

5.3. Modificaciones al Contrato

Cualquier modificación al presente contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

5.4. Comunicaciones y/o Notificaciones

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

La Compañía enviará las comunicaciones correspondientes a este Contrato al Contratante, al domicilio que aparece en la carátula de la póliza, o al último que tenga registrado del mismo.

5.5. Prescripción

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

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

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

5.6. Competencia

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

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

5.7. Indemnización por mora

En caso de mora, la Compañía deberá pagar al ASEGURADO o Beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.8. Entrega de documentación contractual

No obstante que el contrato de seguro se celebre a través de un prestador de servicios distinto a un Agente de Seguros, Zurich se obliga a entregar al Contratante la Póliza, y el resto de la documentación contractual de forma impresa al momento de la contratación del seguro.

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

5.9. Entrega electrónica de documentación contractual

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

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

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

5.10. Moneda

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

5.11. Comisiones y Compensaciones Directas

Durante la vigencia de la póliza la Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.12. Edad

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o en su caso del respectivo Certificado Individual.

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

Cobertura	Edades de Aceptación	Edad máxima de renovación	Edad de cancelación
Muerte Accidental	12 a 85 años	85 años	86 años
Muerte Accidental por Acto Violento	12 a 85 años	85 años	86 años
Muerte Accidental del Conductor u Ocupante	12 a 85 años	85 años	86 años
Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acúatico	12 a 85 años	85 años	86 años
Muerte Accidental en Viaje Aéreo	12 a 85 años	85 años	86 años
Muerte Accidental Colectiva	12 a 85 años	85 años	86 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente	0 a 85 años	85 años	86 años
Pérdidas Orgánicas por Acto Violento	0 a 85 años	85 años	86 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente del Conductor u Ocupante	0 a 85 años	85 años	86 años

Pérdidas Orgánicas por Accidente en Transporte Público Terrestre o Acuático	0 a 85 años	85 años	86 años
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	0 a 85 años	85 años	86 años
Reembolso de Gastos Médicos por lesiones ocasionadas en Acto Violento	0 a 85 años	85 años	86 años
Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental	0 a 85 años	85 años	86 años
Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente	0 a 85 años	85 años	86 años
Coberturas de Cáncer (General, Femenino y/o Masculino)	15 a 75 años	85 años	86 años
Graves Enfermedades	15 a 75 años	85 años	86 años
Hospital Cash	0 a 80 años	80 años	81 años

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

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

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

5.13. Residencia

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

5.14. 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, quedando liberada de cualquier obligación.

5.15. Beneficiarios

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- Cada miembro de la Colectividad Asegurada es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.

- b) En cualquier momento, el Asegurado podrá revocar la designación de Beneficiarios, dando aviso por escrito a La Compañía, sobre su decisión y remitirá su Certificado 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 correspondiente, comunicándolo al beneficiario y a La Compañía por escrito.
- f) Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a La Compañía la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo con las reglas establecidas en el contrato.

Advertencia:

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

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

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

5.16. Disputabilidad

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

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, es también de dos años, que se contarán a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, 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 de la Colectividad Asegurada.

5.17. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y Asegurados (en el caso señalado en la cláusula anterior) están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

5.18. Prima

La prima se regirá conforme a las siguientes reglas:

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

5.19. Contribución de los Asegurados

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

5.20. Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, 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.

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

5.21. 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.

5.22. 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 diez días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo 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.

5.23. Agravación de Riesgo

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

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas¹ y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal¹ y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X de la disposición Trigésima Novena, fracción VII de la disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas¹, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha

autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

6. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V., ("Zurich México") con domicilio en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390; es Responsable del uso y protección de sus datos personales. Los datos personales son recabados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que, en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración y análisis, así como para cumplir las obligaciones derivadas de dicha relación.

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

7. MARCO LEGAL

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

ARTÍCULO 102.

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

ARTÍCULO 202

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

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

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

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

de carácter general.

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

ARTÍCULO 276.

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

ARTÍCULO 277.

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

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar

cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

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

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

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

ARTÍCULO 492.

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

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a. Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b. Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

- a. El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 16.

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

- I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.

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

- a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.

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

ARTÍCULO 17.

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

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

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

ARTÍCULO 18.

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

ARTÍCULO 19.

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

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional

alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

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

ARTÍCULO 25.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

ARTÍCULO 70.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 81.

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

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

ARTÍCULO 82.

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

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

ARTÍCULO 65.

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

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

ARTÍCULO 68.

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

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

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

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

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

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el

conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

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

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

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser

cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

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

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

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

ARTÍCULO 139.

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

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

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

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

ARTÍCULO 139 Quáter.

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

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

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

ARTICULO 148 Bis.

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

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

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

ARTÍCULO 400 Bis.

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

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

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

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

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

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 Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de enero de 2025, con el número PPAQ-S0037-0004-2025/CONDUSEF-006706-01.

ENDOSOS OPCIONALES QUE PODRÍAN CONTRATARSE BAJO CONVENIO EXPRESO, LOS CUALES DEBEN DE APARECER DENTRO DE LA PÓLIZA PARA QUE SE CONSIDEREN CUBIERTOS, EN CASO CONTRARIO NO ESTÁN AMPARADOS EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA.

ENDOSO DE COBERTURA POR DEPORTES PELIGROSOS

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza No. ramo-póliza-consecutivo de Subgrupo 1 de la Categoría 1 expedida a favor de Contratante

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubre la Muerte Accidental o las lesiones o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado como consecuencia de un Accidente derivado de la práctica amateur de deportes peligrosos como de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza o cualquier deporte aéreo, o cualquier otra actividad similar, conforme a lo establecido en las condiciones generales de la Póliza y siempre que el fallecimiento o las Pérdidas Orgánicas o la invalidez del Asegurado haya ocurrido dentro del plazo establecido en las condiciones generales de la Póliza a la fecha del Accidente.

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

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 31 de enero de 2025, con el número PPAQ-S0037-0004-2025/CONDUSEF-006706-01.

ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL EN AVIACIÓN PARTICULAR

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza No. ramo-póliza-consecutivo de Subgrupo 1 de la Categoría 1 expedida a favor de Contratante

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren los Accidentes que le ocurran al Asegurado en vuelos de aviación particular, entendiéndose por aviación particular cualquier vuelo que se realice en línea no comercial, incluyendo vuelos chárter y helicópteros. El Asegurado deberá encontrarse viajando en calidad de pasajero, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan de XX horas anuales, y el piloto cuente con licencia vigente y no viajen más de X Asegurados en un mismo vuelo.

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

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 31 de enero de 2025, con el número PPAQ-S0037-0004-2025/CONDUSEF-006706-01.

ENDOSO DE COBERTURA POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza No. ramo-póliza-consecutivo de Subgrupo 1 de la Categoría 1 expedida a favor de Contratante

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren lesiones o el fallecimiento del Asegurado hasta por el tope de XXXXX M.N. por consecuencia de un Accidente que sufra en motocicletas, motonetas o vehículos similares de motor siempre y cuando se utilicen como medio de transporte de trabajo dentro del horario laboral, se encuentre desempañando las labores propias de su trabajo. Asimismo, se cubre el riesgo de Accidente en el trayecto ininterrumpido del domicilio del Asegurado a las oficinas del Contratante y viceversa, siempre y cuando utilice el equipo reglamentario de seguridad (de acuerdo con el Reglamento de Tránsito aplicable en el lugar del Accidente), contar con licencia de motociclista en vigor y no se encuentre bajo el influjo del alcohol, drogas, estimulantes y/o somníferos, incluso si éstos fueron prescritos por un médico.

Se excluye la cobertura por:

- a) Culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo el influjo del alcohol o drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si éstos fueron prescritos por un médico siempre que haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- b) Su participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

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 31 de enero de 2025, con el número PPAQ-S0037-0004-2025/CONDUSEF-006706-01.

ENDOSO DE ELEGIBILIDAD

Por medio del presente Endoso se hace constar que, para efectos de esta póliza, se considera como Colectividad Asegurable a los integrantes de la Colectividad que se describen a Continuación:

Descripción de la colectividad a asegurar:
XXXXXXXXXXXXX

Este endoso aplica los términos definidos en el apartado de definiciones de las condiciones generales del producto.

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 31 de enero de 2025, con el número PPAQ-S0037-0004-2025/CONDUSEF-006706-01.