Seguro Vida Grupo Plus Experiencia Combinada

Condiciones Generales

RECAS: **CONDUSEF-006991-01.**

Índice

1. DEFINICIONES 5
1.1. Accidente 5
1.2. Acreditados 5
1.3. Asegurado 5
1.4. Asegurados con Afinidad al Contratante 5
1.5. Asegurado Titular 5
1.6. Aseguradora y/o Compañía y/o Zurich México 5
1.7. Asesores 5
1.8. Asociados 5
1.9. Autoempleados 5
1.10. Beneficiarios 5
1.11. Beneficio 6
1.12. Certificado o Certificado Individual 6
1.13. Clínica y/o Hospital 6
1.14. Contratante 6
1.15. Contrato de Seguro 6
1.16. Consentimiento 6
1.17. Culpa Grave 6
1.18. Deducible 7
1.19. Día de Hospitalización 7
1.20. Empleados 7
1.21. Endoso 7
1.22. Enfermedad 7
1.23. Enfermedad preexistente 7
1.24. Evento 7
1.25. Grupo Asegurable 7
1.26. Grupo Asegurado 7
1.27. Integrante 8
1.28. Invalidez Total y Permanente 8
1.29. Jubilados 8
1.30. Médico 8
1.31. Miembros de Club Deportivo 8
1.32. Pasajeros de transporte 8
1.33. Pensionados 8
1.34. Pérdidas Orgánicas 8
1.35. Periodo de espera 8
1.36. Prima Neta de Riesgo 8
1.37. Reglamento del Seguro de Grupo 9
1.38. Signos o síntomas 9
1.39. Socios 9
1.40. Socios de Sociedad Civil 9

1.41. Solicitud de Seguro 9
1.42. Suma Asegurada 9
1.43. Suma Asegurada Máxima Individual 9
1.44. UMAM 9
1.45. 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 10
2.5 Terminación anticipada del Seguro 10
2.6 Obligación del Contratante 11
2.7 Alta de Asegurados 11
2.8 Baja de Asegurados 12
2.9 Registro de asegurados 12
2.10 Cambio de contratante 12
2.11 Certificados individuales 12
2.12 Derecho a seguro individual 12
2.13 Participación en las utilidades o Dividendos 13
2.14 Notificación de cúmulos 14
2.15 Tipos de Administración 14
2.16 Suicidio 15
3. OBJETIVO DEL PLAN 15
4. COBERTURA BÁSICA 15
4.1 FALLECIMIENTO 15
4.2 GASTOS FUNERARIOS 16
5. COBERTURAS ADICIONALES 16
5.1 COBERTURA DE INVALIDEZ 17
5.1.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD 17
5.1.2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE 17
5.2 COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL 18
5.2.1 MUERTE ACCIDENTAL 18
5.2.2 MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA 18
5.3 COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE 19
5.4 COBERTURAS DE CÁNCER 21
5.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES 23
5.6 HOSPITAL CASH 26
5.7 BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES ÚLTIMOS GASTOS 28
5.8 BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS (ANTICIPO) 29
6. INDEMNIZACIONES 29
6.1 Aviso 29
6.2 Requisitos para el pago de Reclamaciones 30
6.3 Indemnización 33

6.4 Comprobación del Siniestro 33
7. CLÁUSULAS GENERALES 34
7.1 Contrato 34
7.2 Rectificación de la Póliza 34
7.3 Modificaciones al Contrato 34
7.4 Comunicaciones y/o Notificaciones 34
7.5 Prescripción 35
7.6 Competencia 35
7.7 Indemnización por mora 35
7.8 Entrega de documentación contractual 35
7.9 Entrega electrónica de documentación contractual 35
7.10 Moneda 36
7.11 Comisiones y Compensaciones Directas 36
7.12 Edad 36
7.13 Residencia 37
7.14 Cambio de ocupación 37
7.15 Beneficiarios 37
7.16 Disputabilidad 37
7.17 Omisiones o Inexactas Declaraciones 38
7.18 Prima 38
7.19 Contribución de los Asegurados 39
7.20 Ajuste a la Suma Asegurada 39
7.21 De Sanciones 39
7.22 Cláusula de Arbitraje 39
7.23 Agravación de Riesgo 40
8. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO 41
9. MARCO LEGAL 41

1. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. Accidente
Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o su fallecimiento. El fallecimiento o las lesiones deben ocurrir dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

1.2. 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.

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

1.4. 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.

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

1.6. Aseguradora y/o Compañía y/o Zurich México
Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., institución de seguros que se obliga a cubrir las indemnizaciones que resulten procedentes derivadas de los riesgos previstos por este contrato de seguros.

1.7. 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
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, en caso de realización del siniestro.

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

En el supuesto de que la notificación de que se trata no se reciba oportunamente, la Compañía pagará

el importe del seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento.

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

Todos los Certificados Individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada Asegurado, salvo pacto en contra establecido en Endoso correspondiente.

1.13. 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. 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.

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

- Estas condiciones generales;
- La solicitud;
- La carátula de la póliza;
- Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro;
- Los Endosos que en su caso se agreguen;
- Consentimientos
- Certificados Individuales

Todos aquellos documentos entregados por la Compañía.

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

1.17. 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.

1.18. 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.

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

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

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

1.22. Enfermedad
Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de este Contrato, sólo las enfermedades que se manifiesten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en el certificado individual del Asegurado y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

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

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

1.24. Evento
Es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. También se podrá hacer referencia de éste como Siniestro.

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

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

1.27. Integrante
A cualquier persona que forme parte del Grupo Asegurado.

1.28. Invalidez Total y Permanente
Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia del certificado individual, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o padezca una enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales y posición social, y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a 6 meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente, y no opera el período de espera citado en el párrafo anterior: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

El reconocimiento de esta condición se hará con un dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado. En el caso de no estarlo, por un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo. En el caso de que se considere necesario, Zurich México podrá designar un perito que valúe el estado de invalidez.

1.29. 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.

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

1.31. Miembros de Club Deportivo
Son los Socios del club (socios) y Personal del club (asociados).

1.32. 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.).

1.33. 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.

1.34. Pérdidas Orgánicas
Por pérdida de una mano: Se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
Pérdida de un pie: Su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
Pérdida de los dedos: Su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos.
Pérdida de la vista: Se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

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

1.36. Prima Neta de Riesgo
La prima neta de riesgo o prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado

menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

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

1.38. Signos o síntomas
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 anormalidad subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza indica que algo está sucediendo o va a suceder.

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

1.40. 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.

1.41. Solicitud de Seguro
Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

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

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

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

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

1.45. 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

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, se inicia y concluye a las 12.00 Hrs. (mediodía) de las fechas especificadas como inicio y fin de vigencia en la carátula de la póliza.

2.2 Renovación

La Compañía podrá renovar el Contrato de Seguro de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato. **En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, contenidas en las notas técnicas respectivas.**
Lo anterior de conformidad con el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo.

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

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

2.3 Rehabilitación

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

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

2.4 Terminación

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

- Al concluir el plazo de vigencia que aparece en la carátula de la póliza y para cada Asegurado la indicada en el Certificado Individual.
- Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes.

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

- Si el Asegurado deja de pertenecer al Grupo Asegurado, la cancelación será 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 Terminación anticipada del Seguro

Este seguro podrá ser terminado por el Contratante de manera anticipada en cualquier momento 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.

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

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

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

2.6 Obligación del Contratante

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

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

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

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

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

2.7 Alta de Asegurados

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar

parte del mismo, la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

2.8 Baja de Asegurados

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

2.9 Registro de asegurados

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

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

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

2.10 Cambio de contratante

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

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

2.11 Certificados individuales

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

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

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

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

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

2.12 Derecho a seguro individual

Si el objeto del presente contrato fuera el otorgamiento de una prestación laboral, Zurich México tendrá la

obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de Zurich México. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a Zurich México, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de Zurich México, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a Zurich México la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

2.13 Participación en las utilidades o Dividendos

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

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

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

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

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

Condiciones para el otorgamiento de dividendos
El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable se sujetará a lo siguiente:

a) El otorgamiento de Dividendos deberá aparecer expresamente convenido en la carátula de la póliza;
b) Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera.
c) En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
d) Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza.
e) No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza.
f) La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos se determinará con base en el procedimiento que Zurich México establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
g) Para efectos del cálculo de Dividendos podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma.
h) Cuando los Asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. En este caso, Zurich México pagará la totalidad el dividendo al Contratante, indicándole la parte del mismo que corresponda a cada Asegurado, para que el Contratante la distribuya al Grupo Asegurado.
i) El otorgamiento del pago del Dividendo estará condicionado al pago de la prima a Zurich México que cubra la vigencia de la póliza, incluyendo los Ajustes y movimientos anuales correspondientes.
j) Si por cualquier razón el Contratante decide cancelar anticipadamente la póliza, ésta no tendrá derecho a dividendo alguno.
k) Si con posterioridad a haber realizado el pago de los dividendos en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, Zurich México recibe reclamaciones de siniestros con fecha de ocurrencia durante el período de vigencia de la póliza al que corresponde dicho dividendo, se

procederá conforme a lo siguiente:

- En el caso de que la póliza haya sido renovada, se recalculará el Dividendo y Zurich México tendrá el derecho de compensar el importe de las reclamaciones relativas a los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y que hayan sido reportados con posterioridad al pago de los dividendos, contra los dividendos correspondientes a la siguiente vigencia.

- En el caso de que la póliza no haya sido renovada, se recalculará el Dividendo y el Contratante se obliga a devolver la diferencia que resultase a favor de Zurich México en un plazo no mayor a un mes después de que se le hubiere notificado fehacientemente dicha diferencia, sin que dichas cantidades puedan exceder en su conjunto el monto de los dividendos pagados.

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

2.14 Notificación de cúmulos

Se hace constar que el Contratante está obligado a informar a Zurich México el detalle de los Asegurados que se encuentren incluidos en más de una póliza.

La falta de este aviso por parte del Contratante limitará la obligación para Zurich México haciéndose sólo responsable de pagar hasta la SAMI.

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

2.15 Tipos de Administración

Póliza Autoadministrada
Durante la vigencia del contrato, el Contratante no se obliga a reportar a Zurich México los movimientos de ingresos y bajas de Asegurados. Zurich México dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte del Grupo Asegurado, sujeto a los criterios 3 Artículo 8 del Reglamento del Seguro de Grupo de edad de aceptación, SAMI y requisitos de Asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado, especificados en las condiciones del seguro.

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

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

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

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

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

La prima correspondiente a los movimientos de ingresos y baja de Asegurados dentro del Grupo Asegurado se cobrará en el ajuste anual, aplicando la cuota de cada una de las coberturas contratadas.

De no ser cubierto el Ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

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

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

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

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

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

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

2.16 Suicidio

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

3. OBJETIVO DEL PLAN

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

4. COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica de este seguro es el fallecimiento del integrante del Grupo Asegurable. Asimismo, se podrá otorgar como cobertura básica la cobertura de Gastos Funerarios para el titular y sus familiares asegurados bajo esa cobertura.

4.1 FALLECIMIENTO

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

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular y una vez pagada la indemnización correspondiente, los efectos del Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

4.2 GASTOS FUNERARIOS

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

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

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

Sólo en caso de que lo Asegurados que se encuentren señalados en el Certificado Individual fallecieren dentro de la vigencia del propio Certificado Individual y tuvieran una edad menor o igual a 12 años cumplidos al momento del fallecimiento, la Compañía sólo reembolsará, los gastos funerarios incurridos por éste previa presentación de los comprobantes fiscales relativos a los gastos funerarios efectuados por el fallecimiento de dichos menores. **Dicho monto podrá ser hasta el equivalente a 10 (diez) veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización.**

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

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular y una vez pagada la indemnización correspondiente, los efectos del Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

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

5. COBERTURAS ADICIONALES

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante y/o los integrantes del grupo Asegurado a quienes se les otorgue, podrán complementar su protección básica a través de las coberturas adicionales mediante el cobro de prima adicional por cada cobertura contratada, las cuales operarán, únicamente cuando se encuentren expresamente mencionadas como amparadas en el Certificado Individual del Asegurado o en Endosos correspondientes que se encuentren vigentes, lo anterior, en el entendido de que, en caso de siniestro, únicamente se indemnizará la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura adicional que resulte aplicable según las circunstancias del siniestro.

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

- Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
- Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Muerte Accidental
- Muerte Accidental Colectiva
- Pérdidas Orgánicas por Accidente
- Coberturas de Cáncer
- Diagnóstico de Enfermedades Graves
- Hospital Cash
- Beneficio de Enfermedades Terminales Últimos Gastos
- Beneficio de Gastos Funerarios (Anticipo)

5.1 COBERTURA DE INVALIDEZ

5.1.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente o enfermedad mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, Zurich México le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera citado en la definición de invalidez total y permanente.

Una vez pagada la indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad correspondiente, los efectos del Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

5.1.2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente mientras esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera citado en la definición de invalidez total y permanente.

Una vez pagada la indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente correspondiente, los efectos del Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ

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

a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.

c) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

d) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.

e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular.

f) Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia.

i) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas cuya existencia se haya declarado previamente a la celebración del contrato mediante la existencia de un expediente médico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado; o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o cualquier otro medio

reconocido de diagnóstico; o que haya generado algún gasto para el tratamiento médico de dicho padecimiento.

j) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescriptos por un médico; y siempre que haya influido directamente en la realización del siniestro.

k) Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.

l) Los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza, y en su caso, los padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.

m)Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.

5.2 COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL

5.2.1 MUERTE ACCIDENTAL

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

Una vez pagada la indemnización por Muerte Accidental correspondiente, los efectos del Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

5.2.2 MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

La Compañía pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los Beneficiarios designados si durante la vigencia de la Póliza y el 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 viajare 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 viajare 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.

Una vez pagada la indemnización por Muerte Accidental Colectiva correspondiente, los efectos del Certificado Individual de dicho Asegurado Titular cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Certificado.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL:

Estos beneficios no se concederán cuando la Muerte se deba a:

a) Suicidio o cualquier intento de este, aun cuando se cometa en estado de

enajenación mental.

b) Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.

c) Infecciones que no provengan de accidentes.

d) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.

e) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.

f) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

g) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.

h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.

i) Accidentes que ocurren durante la participación directa del asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

j) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

k) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, rapel, box, vuelos delta, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

l) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.

m) Radiaciones atómicas.

n) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, así como los que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado.

o) Envenenamiento, excepto cuando se derive de un accidente.

p) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

5.3 COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

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

La indemnización será igual al porcentaje que corresponda a tal pérdida, de acuerdo con la escala “A” o “B” contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, multiplicado por la Suma Asegurada contratada en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

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

La tabla para Pérdidas Orgánicas es la siguiente:

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

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

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE:

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

a) Cualquier intento de mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
b) Infecciones que no provengan de accidentes.
c) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.
d) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
e) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
f) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.
h) Accidentes que ocurren durante la participación directa del asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

j) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, rapel, box, vuelos delta, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

k) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.

l) Radiaciones atómicas.

m) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, así como los que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado.

n) Envenenamiento, excepto cuando se derive de un accidente.

o) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

5.4 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:

5.4.1. 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.

5.4.2. 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.

5.4.3. 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 5.4.1, 5.4.2 y 5.4.3 son excluyentes, es decir, sólo se podrá contratar una de ellas por integrante del Grupo.

Las agrupaciones descritas en 5.4.1, 5.4.2 y 5.4.3, 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:

5.4.4. 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.

5.4.5. 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.

5.4.6. 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.

5.4.7. 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.

5.4.8. 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.

5.4.9. 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.

5.4.10. 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.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE CÁNCER:

a) **Cáncer de Piel**
b) **Tumores con presencia de infecciones de Virus de la inmunodeficiencia humana;**
c) **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;**
d) **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;**
e) **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.**
f) **Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a II B.**
g) **Todo cáncer de mama en etapas menores a II A.**
h) **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.**

5.5 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 Enfermades Graves, derivados de Padecimientos Preexistentes.

5.5.1. Infarto al miocardio

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

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

- Historia del dolor torácico típico;
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardiacas 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.

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

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

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

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

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

5.5.3.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 cardiacos 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 cardiaca
T821	Complicación mecánica de dispositivo electrónico cardiaco
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.

5.5.4. 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

5.5.5. Parálisis de las extremidades

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

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

5.5.6. 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 medula ósea.

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

5.5.7. Esclerosis múltiple

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

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

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

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

5.5.8. 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.

5.6 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.

5.6.1. 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.

5.6.2. 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.

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE HOSPITAL CASH:

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

5.7 BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES ÚLTIMOS GASTOS

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

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

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

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

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

reclamación por fallecimiento.

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

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

EXCLUSIONES PARA BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES ÚLTIMOS GASTOS:

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales por:

a) El intento de suicidio o lesión dolosa o intencional.
b) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.
c) Una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante el primer año, sujeto a la cláusula de Rehabilitación.
d) Diagnóstico de una Enfermedad Terminal preexistente.
e) Presentarse durante los primeros 90 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura.

5.8 BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS (ANTICIPO)

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

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

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

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

6. INDEMNIZACIONES

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

6.1 Aviso

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

y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

6.2 Requisitos para el pago de Reclamaciones

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

Zurich establece al Asegurado la documentación mínima requerida para la indemnización, no obstante, dependerá de cada caso en donde Zurich solicite la información y/o documentación adicional, para continuar con el proceso.

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

a) Coberturas de Muerte Accidental:

Los requisitos son los siguientes;

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

b) Coberturas de Pérdidas Orgánicas:

Los requisitos son los siguientes:

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

c) Coberturas de Fallecimiento:

Los requisitos son los siguientes:

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

d) Cobertura de Gastos Funerarios:

Los requisitos son los siguientes:

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

e) Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

Los requisitos son los siguientes:

- Dictamen médico de Invalidez Total y Permanente del IMSS (ST-4 O ST-3) o ISSSTE (RT-9) en original o copia certificada del dictamen de Invalidez emitido por la Institución de Seguridad Social de la que el Asegurado sea derechohabiente. En caso de no estar afiliado a ninguna institución de seguridad social será necesario entregar Dictamen de Invalidez emitido por medico con cédula de especialista en medicina del trabajo que dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico del mismo especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual.
- Acta de nacimiento de Asegurado en original o copia certificada.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia de comprobante de domicilio del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación del Ministerio Público completa que contenga cuando menos, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera) y conclusiones del Ministerio Público (en caso de que la Invalidez sea consecuencia de un accidente).
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:

a. Fecha de inicio del padecimiento que incluya su descripción clínica o si es riesgo de trabajo, la fecha de inicio del riesgo de trabajo, así como fecha de su calificación, así como el historial clínico del mismo médico especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual;
b. Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el diagnóstico, (resultados de laboratorio, gabinete, etc.);
c. Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;
d. Indicar las secuelas irreversibles incapacitantes valuadas conforme al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente;
e. Nombre, firma y cédula profesional del médico especialista autorizado, y nombre, firma y cédula profesional del médico especialista tratante, así como lugar y fecha de la realización del dictamen.
Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del requerimiento, que su Invalidez Total y Permanente continúa.

f) Cobertura de Anticipo de Gastos Funerarios:

Los requisitos son los siguientes:
- Acta de defunción en original o copia certificada o Copia simple de Certificado de Defunción.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y los Beneficiarios. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula de Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- CURP del Asegurado y Beneficiarios en copia simple.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

g) Cobertura de Enfermedades Terminales Últimos Gastos:

Los requisitos son los siguientes:
- Dictamen médico en original o copia certificada donde se indique padecimiento, tiempos de evolución y tratamiento proporcionado.
- Acta de nacimiento de Asegurado en original o copia certificada.
- Certificado Individual firmado por el Asegurado.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula de Estado de cuenta bancario del Asegurado con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia del comprobante de domicilio del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Historial clínico del Asegurado en copia simple
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

h) 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).

i) 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).

j) Cobertura 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).

No obstante, a lo descrito en los incisos a), b), c), d), e), f), g), h), i) y j), si de los documentos entregados a la Compañía no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, la Compañía se reserva el derecho para solicitar en casos excepcionales documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

6.3 Indemnización

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

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

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

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

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

6.4 Comprobación del Siniestro

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

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

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

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1 Contrato

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

7.2 Rectificación de la Póliza

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

7.3 Modificaciones al Contrato

Cualquier modificación al presente contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en relación con el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

7.4 Comunicaciones y/o Notificaciones

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

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

que tenga registrado del mismo.

7.5 Prescripción

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

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

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

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

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

7.6 Competencia

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

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

7.7 Indemnización por mora

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

7.8 Entrega de documentación contractual

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

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

7.9 Entrega electrónica de documentación contractual

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

se entenderá que la misma deberá entregarse al siguiente día hábil.

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

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

7.10 Moneda

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

7.11 Comisiones y Compensaciones Directas

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

7.12 Edad

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

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

Cobertura	Edades de Aceptación	Edad máxima de renovación	Edad de cancelación
Fallecimiento	15 a 99 años	99 años	100 años
Gastos Funerarios (Titular y Cónyuge)	15 a 99 años	99 años	100 años
Gastos Funerarios (Hijos)	0 a 24 años	24 años	25 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	15 a 80 años	80 años	81 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	15 a 80 años	80 años	81 años
Muerte Accidental	15 a 85 años	85 años	86 años
Muerte Accidental Colectiva	15 a 85 años	85 años	86 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (A/B)	15 a 85 años	85 años	86 años
Coberturas de Cáncer	15 a 75 años	85 años	86 años
Diagnóstico de Enfermedades Graves	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 del Grupo se descubre que hubo inexactitud en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, el seguro respectivo quedará en vigor por la misma Suma Asegurada.

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

7.13 Residencia

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

7.14 Cambio de ocupación

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

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

7.15 Beneficiarios

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

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

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

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

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

7.16 Disputabilidad

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

Asegurados para la apreciación del riesgo.

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

7.17 Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

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

7.18 Prima

La prima se regirá conforme a las siguientes reglas:

a) La prima del Grupo Asegurado deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.
b) La prima vence en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año.
c) Para los efectos de este contrato se entenderá como fecha de celebración del contrato la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza.
d) Si el Contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado.
e) En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y la Compañía a la fecha de celebración del contrato.
f) Si no hubiera sido pagada la prima dentro de los primeros 30 días naturales siguientes al vencimiento de la prima total o fracción de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12:00 horas del último día de este plazo.
g) **Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento. De conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido desde ese momento los efectos de este contrato cesarán automáticamente por falta de**

pago a las 12 horas (medio día) del último día del periodo de gracia, si el Contratante no hubiese cubierto el total de la prima o la fracción pactada. En caso de pago en parcialidades, si el Asegurado no cubre una de las parcialidades en la misma fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) de ese mismo día. Las horas señaladas en este inciso serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.

h) La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o medio indicado por esta contra entrega del recibo correspondiente.
i) En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
j) La obligación del pago de primas será del Contratante.
k) En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante, o en su caso al Asegurado, la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

7.19 Contribución de los Asegurados

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

7.20 Ajuste a la Suma Asegurada

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

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

7.21 De Sanciones

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

7.22 Cláusula de Arbitraje

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de que el evento indemnizable haya sido ocasionado por padecimientos preexistentes, a elección del Asegurado, la cuestión podrá ser sometida al arbitraje de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 días contados a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

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

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una

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

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

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

7.23 Agravación de Riesgo

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas[1] 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 Fianzas[1], aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes

mencionadas. La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

8. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

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

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

9. MARCO LEGAL

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

ARTÍCULO 102.
En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros. Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización. Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.

ARTÍCULO 202.
Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

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

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

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

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

ARTÍCULO 276.
Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de

seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le 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 492.
Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

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

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

a. Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b. Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

b. La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c. La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d. Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo señalarán los términos para su debido cumplimiento.

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 16.
La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
   a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
   b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
   c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;

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

II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:
a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.

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

ARTÍCULO 17.
Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

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

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

ARTÍCULO 18.
Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

ARTÍCULO 19.
En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

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

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

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

ARTÍCULO 8.
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 9.
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10.
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario

ARTÍCULO 25.
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

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

ARTÍCULO 40.
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.
Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

ARTÍCULO 47.
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

ARTÍCULO 66.
Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.
Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

ARTÍCULO 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ARTÍCULO 70.
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 71.
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya

recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

ARTÍCULO 81.
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:
I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II. En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

ARTÍCULO 82.
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

ARTÍCULO 65.
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

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

ARTÍCULO 68.
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual

deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 139.
Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

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

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

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

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:
1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

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

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

ARTICULO 148 Bis.
Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y de cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

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

ARTÍCULO 400 Bis.
Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por 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 Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de septiembre del 2025 con el número CNSF-S0037-0313-2025/CONDUSEF-006991-01.