

Seguro Saldo Deudor con Desempleo Multianual

CONDICIONES GENERALES

Marzo 2023

ÍNDICE

1. DEFINICIONES	5
1.1. Accidente.....	5
1.2. Asegurado	5
1.3. Asegurado mancomunado	5
1.4. Beneficiario	5
1.5. Beneficiario Designado	5
1.6. Beneficiario Preferente	5
1.7. Beneficio.....	5
1.8. Carátula de la Póliza	6
1.9. Certificado	6
1.10. Contratante	6
1.11. Contrato de Seguro	6
1.12. Enfermedad.....	6
1.13. Grupo asegurable.....	6
1.14. Grupo asegurado.....	6
1.15. Padecimiento Preexistente	6
1.16. Período Activo Mínimo.....	7
1.17. Período cubierto.....	7
1.18. Período de eliminación o deducible.....	7
1.19. Período de espera o carencia	7
1.20. Prima de riesgo	7
1.21. Reglamento del Seguro de Grupo.....	7
1.22. La Compañía.....	7
2. Descripción de las coberturas	7
2.1. Cobertura básica.....	8
2.2. Coberturas adicionales	8
2.2.1. Cobertura de desempleo involuntario	8
2.2.2. Cobertura de incapacidad temporal total	10
2.2.3. Cobertura de invalidez total y permanente.....	12
2.2.4. Cobertura mancomunada de enfermedades graves	14
2.3. Edades de admisión	16
3. Características generales del plan	17
3.1. Vigencia de la póliza.....	17
3.1.1. Vigencia	17

3.1.2.	Renovación	17
3.1.3.	Rehabilitación	17
3.1.4.	Terminación	17
3.1.5.	Cancelación Anticipada del Seguro	17
3.2.	Movimientos en el grupo asegurado	17
3.2.1.	Obligación del contratante	17
3.2.2.	Alta de Asegurados	18
3.2.3.	Baja de Asegurados	18
3.3.	Registro de Asegurados	18
3.4.	Certificados individuales	18
3.5.	Participación en las utilidades o Dividendos	19
3.6.	Valores garantizados	19
4.	Indemnizaciones	19
4.1	Aviso	19
4.2	Beneficiarios	19
4.3	Requisitos para el pago de reclamaciones	20
4.4	Pago de reclamaciones	23
4.5	Deducciones	24
5.	Cláusulas generales	24
5.1.	Arbitraje.....	24
5.2.	Cesión de Derechos	25
5.3.	Comunicaciones.....	25
5.4.	Comisiones y Compensaciones Directas.....	25
5.5.	Competencia y Jurisdicción.	25
5.6.	Derechos especiales para los Asegurados deudores y sus beneficiarios.....	25
5.7.	Disputabilidad.....	25
5.8.	Edad	26
5.9.	interés Moratorio	26
5.10.	Modificaciones al Contrato	27
5.11.	Moneda	27
5.12.	Notificaciones	27
5.13.	Omisiones o Inexactas Declaraciones	28
5.14.	Período de gracia para el pago de primas	28
5.15.	Prescripción.	28
5.16.	Primas.....	28
5.17.	Rectificación de la Póliza	28
5.18.	Suicidio.....	28
5.19.	Unidad Especializada	29
6.	Aviso de privacidad	30

7. Consentimiento expreso de uso y transferencia de datos sensibles y financieros..... 31

1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se consideran 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 le produzca lesiones corporales o su muerte. El fallecimiento o las lesiones deben ocurrir dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

1.2. Asegurado

Cada uno de los miembros del grupo asegurado, por los riesgos amparados por la póliza respectiva. Asimismo, lo será para efectos de esta póliza, el Asegurado mancomunado tratándose de la cobertura de enfermedades graves

1.3. Asegurado mancomunado

Es la persona física que, a petición del Contratante, ha quedado amparada en este contrato de seguro bajo la Cobertura Mancomunada de enfermedades graves, según se define más adelante.

1.4. Beneficiario

Por simplicidad en el texto, cuando se utilice este término se referirá indistintamente al Beneficiario Designado o al Beneficiario Preferente.

1.5. Beneficiario Designado

Persona o personas designadas por el Asegurado como titulares de los derechos indemnizatorios que en el certificado o consentimiento se establecen.

1.6. Beneficiario Preferente

Persona o personas que por consentimiento irrevocable del Asegurado o disposición legal tienen derecho al pago del Beneficio establecido en el certificado o consentimiento que para tal efecto se expida.

1.7. Beneficio

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

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

Monto promedio	Es el promedio de los últimos “n” pagos que se efectúen para el pago de un crédito.
-----------------------	---

1.8. Carátula de la Póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación de la póliza.

1.9. Certificado

Es el documento mediante el cual, La Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la vigencia que corresponda, la designación de Beneficiarios y, en general los datos personales de cada Asegurado.

1.10. Contratante

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

1.11. Contrato de Seguro

La documentación contractual integrada por la carátula de la Póliza, la Solicitud, los Consentimientos, la relación de deudores Asegurados, los Certificados Individuales y los Endosos que se agreguen a esta Póliza forman este Contrato de Seguro el cual es celebrado entre el Contratante y La Compañía.

Las condiciones del Contrato de Seguro sólo podrán ser modificadas mediante el consentimiento escrito de ambas partes.

1.12. 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 del Asegurado y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

1.13. Grupo asegurable

Los deudores titulares de cualquier tipo de crédito otorgado por el Contratante, que mantengan una deuda vigente con éste por tal concepto y deban efectuar el pago de cuotas mensuales y sucesivas.

1.14. Grupo asegurado

Previo consentimiento por escrito, los miembros del grupo asegurable, que llenen los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza, quedarán automáticamente Asegurados a cambio de cumplir con la obligación de pagar las primas correspondientes por su conducto o por medio del Contratante.

1.15. Padecimiento Preexistente

Se entenderá como tal a aquel padecimiento que:

1. Previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad o que se compruebe mediante la existencia de un resumen médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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 médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

2. Previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

1.16. Período Activo Mínimo.

Es el período durante el cual el Asegurado, que ya ha hecho uso del beneficio de desempleo y ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en éste para que pueda volver a operar el beneficio de desempleo en el caso de que ocurra nuevamente el Desempleo Involuntario.

1.17. Período cubierto.

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

1.18. Período de eliminación o deducible.

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

1.19. Período de espera o carencia

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

1.20. Prima de riesgo

La prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad asignados a la póliza correspondiente. Estos gastos tendrán como máximo los porcentajes especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

1.21. 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 publicado el 20 de Julio de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.

1.22. La Compañía

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A., es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de administrar y pagar las indemnizaciones relativas a este contrato, denominada de aquí en adelante como La Compañía.

2. Descripción de las coberturas

Respecto de cada Asegurado, la cobertura básica del seguro surtirá plenamente sus efectos a partir de las 12 horas del día de la fecha inicial de vigencia de esta póliza, si se trata de quienes forman parte del Grupo Asegurado en el momento de la celebración de este contrato y a partir de la fecha estipulada en el certificado individual, para los Asegurados que se incorporen al Grupo Asegurado con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza. Respecto de las coberturas adicionales, éstas serán aplicables una vez transcurrido el período de espera especificado para cada una de ellas.

Respecto de cada Asegurado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato:

- a. Al fallecimiento de éste. En este caso se hará el pago del saldo insoluto al Contratante. Si hubiere remanente de la suma asegurada, será entregada a los Beneficiarios designados por el Asegurado.
- b. Por falta de pago de primas del seguro de acuerdo a la cláusula de “Período de gracia para el pago de primas”
- c. Por el término del plazo estipulado, en el certificado correspondiente.
- d. Al extinguirse la obligación del Asegurado por el adeudo antes del término del plazo estipulado, en el certificado correspondiente. En este caso, el Asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima de riesgo no devengada que se tenga constituida al momento de la

cancelación de su seguro, misma que La Compañía le entregará directamente en la fecha de la cancelación, a través del medio bancario de pago que el Asegurado le indique.

2.1. Cobertura básica

La Compañía garantiza al Contratante, designado como Beneficiario preferente e irrevocable, el pago del saldo insoluto que tenga el Asegurado en el momento de su fallecimiento proveniente del otorgamiento de un crédito por parte del Contratante. El fallecimiento del Asegurado debe ocurrir durante la vigencia del certificado.

Si hubiere remanente de la suma asegurada, será entregada a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

2.2. Coberturas adicionales

Estas coberturas adicionales podrán estar ligadas a un crédito o simplemente estar destinada a conservar el nivel de vida del Asegurado, conforme a lo siguiente:

a) Crédito:

Cuando la cobertura de desempleo o incapacidad se encuentre ligada a algún crédito (bancario, hipotecario, automotriz, tarjetas de crédito, etc.) se cubrirá como máximo el número de pagos del crédito que se especifique en el certificado.

En caso de que el crédito finalice y no se haya agotado el número máximo de pagos estipulados en el certificado, La Compañía dejará de realizar dichos pagos independientemente de que el Asegurado haya o no recuperado su empleo, ya que el interés asegurable desaparece con la extinción del crédito.

b) Conservación del nivel de vida:

Cuando la cobertura de desempleo o incapacidad se encuentre ligada a la conservación del nivel de vida, se cubrirá como máximo el número de pagos especificados en el certificado.

Si la vigencia del seguro llegara a finalizar antes de que se agote el número máximo de pagos cubiertos por La Compañía y el Asegurado continuara desempleado o incapacitado, La Compañía continuará efectuando los pagos a diferencia de los casos en que la cobertura se encuentre ligada a un crédito. Esta indemnización podrá estar destinada a cubrir pagos tales como luz, colegiaturas, teléfono, etcétera o, en general, compensar la pérdida del poder adquisitivo del Asegurado.

2.2.1. Cobertura de desempleo involuntario

(Operará solamente si en el certificado se indica que está incluida)

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado gozará de la Cobertura adicional de desempleo involuntario por despido, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

a) Desempleo involuntario

Estado de desempleo del Asegurado originado por la acción del empleador de dar por terminada la relación laboral sin que medie una causa justificada para hacerlo en términos del Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo ¹

¹ “ 47.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el empleador:

1) Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador;

2) Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del empleador, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;

3) Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo;

4) Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el empleador, sus familiares o personal directivo

b) Elegibilidad

Trabajadores dependientes; es decir que

1. En la fecha de inicio de vigencia de esta póliza y del respectivo certificado estén empleados de tiempo completo (40 horas semanales como mínimo).
2. Trabajen para una organización que se encuentre inscrita ante el Registro Federal de Contribuyentes
3. Cuenten con un contrato definitivo de trabajo comprobable mediante carta de la empresa o mediante la presentación de las copias de los últimos recibos de nómina. La antigüedad mínima, así como el número de recibos requeridos se señalará en la solicitud y consentimientos correspondientes.

c) Cobertura

Si, una vez superado el período de espera, el Asegurado queda desempleado involuntariamente durante la vigencia del certificado y permanece así por un plazo que excede el periodo de eliminación, entonces La Compañía cubrirá al Beneficiario los pagos hasta el máximo en número, monto y periodicidad especificados en el certificado mientras el Asegurado permanezca desempleado.

El Asegurado que ya hizo uso del beneficio, podrá tener derecho nuevamente a la cobertura de desempleo si cumple con el periodo activo mínimo en el empleo y el periodo de eliminación entre cada evento.

Tanto el período de espera, el período activo mínimo como el período de eliminación están especificados en el certificado.

d) Terminación de pago del beneficio

La Compañía terminará el pago del beneficio al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Que el Asegurado fallezca;
2. Que termine el estado de Desempleo Involuntario, salvo que se haya contratado un número fijo de pagos que efectuará La Compañía independientemente de que termine el estado de Desempleo Involuntario, en cuyo caso, los pagos restantes se pagarán directamente al Asegurado;
3. Al quedar liquidado el Saldo que haya existido en la fecha en que ocurrió el Desempleo

administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo; 5) Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;

6) Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio;

7) Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él;

8) Cometer el trabajador actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo;

9) Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;

10) Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del empleador o sin causa justificada;

11) Desobedecer el trabajador al empleador o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;

12) Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;

13) Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del empleador y presentar la prescripción suscrita por el médico;

14) La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo; y

15) Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera grave y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere.

El empleador deberá dar al trabajador aviso escrito de la fecha y causa o causas de la rescisión.

El aviso deberá hacerse del conocimiento del trabajador, y en caso de que éste se negare a recibirlo, el empleador dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la rescisión, deberá hacerlo del conocimiento de la Junta respectiva, proporcionando a ésta el domicilio que tenga registrado y solicitando su notificación al trabajador.

La falta de aviso al trabajador o a la Junta, por sí sola bastará para considerar que el despido fue injustificado.

Involuntario

4. Al haberse efectuado el Número Máximo de Pagos de beneficios que se haya contratado.

e) Exclusiones

Esta cobertura no pagará indemnización alguna al Asegurado con respecto a cualquier período de Desempleo Involuntario que resulte de:

- a) Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del periodo de espera especificado en el certificado de la póliza. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de un seguro anterior.
- b) Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie antes de terminar su período activo mínimo especificado en el certificado de la póliza.
- c) Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.
- d) Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.
- e) Participar en paros o disputas laborales.
- f) Cuando el Asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del respectivo certificado, de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área de trabajo del Asegurado.
- g) Pérdida de empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.
- h) Terminación de un contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del Asegurado.
- i) La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el empleador por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones de la ley federal del trabajo.
- j) Incidente nuclear.
- k) Cuando el Asegurado sea funcionario que tenga un cargo Público.
- l) Cierre o quiebra de la empresa.
- m) Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).

2.2.2. Cobertura de incapacidad temporal total

(Operará solamente si en el certificado se indica que está incluida)

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado gozará de la Cobertura adicional de incapacidad temporal total, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

a) Incapacidad temporal total

Se entiende como la incapacidad física temporal motivada por enfermedad o accidente que imposibilite al Asegurado para la realización de su trabajo habitual y por lo tanto se vea afectada su capacidad de generar ingresos y que por las características del padecimiento el Asegurado se encuentre en cualquiera de estas condiciones:

- Internado en un hospital por prescripción médica
- En reposo absoluto en su domicilio
- Inmovilizado mediante férulas, yesos u otros medios de fijación externa

El reconocimiento de esta condición se hará con un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado. En el caso de que se considere necesario, La Compañía podrá designar un perito que valúe el estado de incapacidad.

En esta condición, el Asegurado podrá recuperar la salud en un período determinado. El límite máximo para La Compañía será el período de vigencia.

b) Elegibilidad

Trabajadores independientes; es decir profesionistas o comerciantes que laboren en forma independiente (autoempleados) y que se encuentran ejerciendo remunerada mente su actividad.

c) Cobertura

Si, una vez superado el período de espera, el Asegurado sufre una incapacidad temporal total durante la vigencia de este certificado y permanece así por un plazo que excede el periodo de eliminación, entonces La Compañía cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en el certificado mientras el Asegurado permanezca incapacitado.

Tanto el período de espera como el período de eliminación están especificados en el certificado.

En los casos de incapacidad temporal total por Accidente el pago se realizará de forma inmediata.

d) Terminación de pago del beneficio

La Compañía terminará el pago del beneficio al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Que el Asegurado fallezca;
2. Que termine el estado de Invalidez Total Temporal, salvo que se haya contratado un número fijo de pagos que efectuará La Compañía, independientemente de que termine el estado de Invalidez Total Temporal, en cuyo caso, los pagos restantes se pagarán directamente al Asegurado;
3. Al quedar liquidado el Saldo que haya existido en la fecha en que ocurrió la Invalidez Total Temporal;
4. Al haberse efectuado el Número Máximo de Pagos de beneficios que se haya contratado.

e) Exclusiones

Esta cobertura no pagará indemnización alguna al Asegurado cuando la incapacidad temporal total se produzca por:

- a. **Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, riñas, rebelión o insurrección.**
- b. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado**
- c. **Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:**
 1. **Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas**
 2. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado**
 3. **Esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco-romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte**

aéreo.

4. La práctica profesional de cualquier deporte .

- d. Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental
- e. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- f. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente
- g. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza
- h. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico; y siempre que haya influido directamente en la realización del siniestro
- i. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
- j. Padecimientos preexistentes
- k. Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.
- l. Se excluye a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con registro federal de contribuyentes.

2.2.3. Cobertura de invalidez total y permanente

(Operará solamente si en el certificado se indica que está incluida)

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado gozará de la Cobertura adicional de invalidez total y permanente, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

a) Invalidez total y permanente

Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia del certificado, 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 de espera no menor a 3 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.

- (a) Pérdida de una mano: Se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- (b) Pérdida de un pie: Su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- (c) Pérdida de los dedos: Su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos.
- (d) Pérdida de la vista: Se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

El reconocimiento de esta condición se hará con un dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que 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 o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado. En el caso de que se considere necesario, La Compañía podrá designar un perito que valúe el estado de invalidez.

b) Cobertura

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente o enfermedad mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, La Compañía le pagará al beneficiario 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.

c) Exclusiones

Esta cobertura no pagará indemnización alguna al Asegurado cuando la incapacidad temporal total se produzca por:

- (a) Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, riñas, rebelión o insurrección.**
- (b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado**
- (c) Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:**
 - 1. Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas**
 - 2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado**
 - 3. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el Asegurado**
 - 4. Esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco-romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo**
 - 5. La práctica profesional de cualquier deporte**
- (d) Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- (e) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- (f) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente**
- (g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza**
- (h) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico; y siempre que haya influido directamente en la realización del siniestro**

- (i) **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.**
- (j) **Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.**

2.2.4. Cobertura mancomunada de enfermedades graves

(Operará solamente si en el certificado se indica que está incluida)

Durante la vigencia de la Póliza el Asegurado, así como el Asegurado mancomunado gozarán de la Cobertura mancomunada de enfermedades graves, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

a) Período de espera

Existirá un periodo de espera de un año inmediato al inicio de la vigencia de la Póliza durante el cual el Asegurado, así como el Asegurado mancomunado no estarán amparados por esta cobertura. Este periodo operará cada vez que se renueve el Seguro, cuando éste no haya sido renovado de forma inmediata a su terminación. También operará cada vez que se rehabilite la póliza.

b) Cobertura

Si habiéndose cumplido el período de espera, el Asegurado o el Asegurado mancomunado muere como consecuencia de una enfermedad grave cubierta mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, La Compañía le pagará al beneficiario que corresponda, en una sola exhibición, la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura. La Suma Asegurada se pagará a los beneficiarios del primero de los dos asegurados que fallezca. En caso de fallecimiento simultáneo, se pagará sólo la Suma Asegurada del Asegurado titular.

c) Descripción de enfermedades graves

1) Neoplasia maligna

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.

2) Infarto al miocardio

Muerte de una porción del músculo del corazón ocasionado por un inadecuado suministro de sangre al área pertinente.

Exclusiones particulares

(a) La angina de pecho estable o inestable.

(b) Todo Infarto de Miocardio que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia humana (HIV), a consecuencia directa e inmediata de que el Asegurado padezca Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus Inmuno Deficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA).

3) Infarto y/o hemorragia cerebral

Un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

Exclusiones particulares

- (a) Los Accidentes Cerebro Vasculares transitorios.
- (b) Las lesiones cerebrales causadas por traumatismo o hipoxia o reducción crítica de oxígeno.
- (c) Todo Accidente Cerebro Vascular que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia humana (HIV), como consecuencia directa e inmediata del mismo si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus Inmuno Deficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA).

4) Insuficiencia coronaria

Estrechamiento u obstrucción de una o más de las arterias coronarias con desviación de injertos.

5) Insuficiencia renal crónica

Falla crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

Exclusiones particulares

Toda Insuficiencia Renal que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia humana (HIV), ya sea como consecuencia directa e inmediata del mismo si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus Inmuno Deficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA).

6) Esclerosis múltiple

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.

Exclusiones particulares

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

7) Distrofia muscular

Un grupo de enfermedades hereditarias degenerativas del músculo caracterizado por la debilidad y atrofia de músculo.

Exclusiones Generales de la cobertura de enfermedades graves

Esta Póliza no cubre los riesgos, y por tanto la Aseguradora no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando la muerte por una enfermedad grave sea a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Quedan excluidas de esta cobertura las enfermedades producidas como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- b) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de

- la pena de muerte. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, Terrorismo o Actos de Terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- c) Enfermedades ocurridas por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.
 - d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia.
 - e) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
 - f) Riesgos nucleares o atómicos.
 - g) Cirugías plásticas estéticas, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran
 - h) De conformidad con el Artículo 78 de la Ley sobre el Contrato de Seguro también quedan excluidos las Enfermedades ocurridas por culpa grave del Asegurado.
 - i) Enfermedades que resulten ser a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio.
 - j) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
 - k) Enfermedad de las coronarias que no requieren cirugía, incluyendo en la exclusión la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.
 - l) Toda demencia o trastorno cerebral cuyo diagnóstico se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la póliza o durante el período de carencia.
 - m) Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
 - n) Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.
 - o) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta cobertura.

2.3. Edades de admisión

La Compañía no aceptará el ingreso a esta Póliza a miembros del Grupo Asegurable cuya edad no esté dentro de sus límites de aceptación, considerando como edad mínima, máxima y de renovación las siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad de renovación
Básica	18	65	75
Desempleo involuntario por despido	18	65	65
Incapacidad temporal total	18	65	65
Invalidez total y permanente	18	65	65
Enfermedades graves	18	64	69

3. Características generales del plan

Para efectos de esta sección se entenderán como las partes al Contratante y La Compañía.

3.1. Vigencia de la póliza

3.1.1. Vigencia

Las partes convienen en que el presente Contrato entrará en vigor en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza desde las doce horas del primer día de vigencia y terminará su vigencia a las doce horas del último día indicado como fin de vigencia.

3.1.2. Renovación

La Compañía podrá renovar el Contrato, cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que ésta haya sido contratada, siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo a la fecha del vencimiento del Contrato y si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de no renovarla. A la renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en la nota técnica respectiva.

3.1.3. Rehabilitación

El Contratante podrá rehabilitar la póliza durante los treinta días siguientes de terminado el período de gracia del pago de la prima correspondiente, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

a) El Contratante lo solicite por escrito a La Compañía.

b) Pagar el importe del ajuste de primas correspondiente al período comprendido desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

Este Contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

3.1.4. Terminación

Cesarán los efectos de esta póliza, respecto a todos los miembros del Grupo Asegurado, a partir de las 12 horas del último día del Período de Seguro contratado, sin perjuicio del derecho de renovación establecido en la cláusula de renovación.

3.1.5. Cancelación Anticipada del Seguro

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a La Compañía.

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

En este caso La Compañía devolverá al Asegurado, por conducto del Contratante la prima de riesgo no devengada correspondiente a la fecha de cancelación menos los gastos incurridos, indicando al efecto, el importe correspondiente a dicha devolución para cada integrante del Grupo Asegurado.

3.2. Movimientos en el grupo asegurado

3.2.1. Obligación del contratante

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

a) Notificar a La Compañía por escrito 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.

b) Notificar a La Compañía por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes del Grupo Asegurado.

c) Notificar a La Compañía por escrito y 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.

- d) Remitir a La Compañía, 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 que se administrarán.

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 éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

3.2.2. 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

3.2.3. 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 de riesgo no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”³

3.3. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados en este seguro, el cual deberá contar con la siguiente información:

- 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
- f) Coberturas amparadas.

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

3.4. Certificados individuales

La Compañía deberá expedir y entregar al Contratante para que éste a su vez lo entregue a los Asegurados, un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado, el cual deberán contener la siguiente información:

- a. Nombre, teléfono y domicilio de La Compañía;

² Artículo 17 del Reglamento del seguro de grupo

³ Artículo 18 del Reglamento del seguro de grupo

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

No obstante, lo anterior, previo convenio expreso y por escrito entre La Compañía y el Contratante, éste último se obliga a dar a conocer a los Asegurados la información previamente referida, en sustitución de la entrega de los certificados individuales.

El Asegurado tendrá en todo momento el derecho de solicitar a La Compañía el Certificado Individual cuando no lo hubiere recibido por parte del Contratante.

3.5. Participación en las utilidades o Dividendos

Este producto no otorga dividendos.

3.6. Valores garantizados

El valor garantizado que se otorgará será el valor de rescate correspondiente a cada miembro asegurado del grupo.

El valor de rescate es la cantidad en efectivo que puede recuperar el asegurado al cancelar su póliza.

El monto de dicho rescate será igual a:

- a) Pago de primas niveladas: La reserva correspondiente menos los gastos incurridos;
- b) Pago de primas únicas: La reserva correspondiente más la provisión de gastos de administración al momento de la cancelación.

Cada asegurado podrá rescatar en cualquier momento su póliza.

Si en la fecha de solicitud del valor de rescate, la póliza se encuentra gravada con alguna deuda, ésta deberá ser liquidada a La Compañía, o bien se reducirá el importe del valor de rescate.

4. Indemnizaciones

Para que se cumplan las obligaciones relativas al pago de siniestros y a fin de servirle oportuna y eficazmente al ocurrir el evento cubierto, le pedimos tomar en cuenta lo siguiente:

4.1 Aviso

En el caso de presentarse algún evento cubierto, éste debe ser notificado a La Compañía dentro de los cinco días siguientes a su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

4.2 Beneficiarios

Por tratarse de un seguro de vida crédito, el Beneficiario preferente es el Contratante, el cual tiene carácter de irrevocable en tanto prevalezca el crédito otorgado. A éste, se le pagará hasta el saldo insoluto del crédito a la fecha del fallecimiento del Asegurado, con un límite máximo hasta la suma asegurada contratada.

En caso de existir algún remanente respecto a la suma asegurada y previa deducción del saldo insoluto

del crédito, éste se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

La falta de designación de Beneficiarios de este punto y para el supuesto que hubiere remanente de suma asegurada después de pagar al Beneficiario preferente e irrevocable, la indemnización respectiva, se pagará conforme a lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Advertencia en la designación de Beneficiarios”

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.”

En el caso de las coberturas adicionales de desempleo, incapacidad temporal total, e invalidez total y permanente, el Beneficiario de la indemnización que proceda podrá ser el Asegurado o bien el Contratante. Esto estará definido en el certificado correspondiente.

Para la cobertura mancomunadas de enfermedades graves, el Beneficiario será el Contratante bajo las mismas condiciones de la cobertura de muerte. En caso de existir un remanente entre la suma asegurada y el adeudo a favor del Contratante, éste será liquidado a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

4.3 Requisitos para el pago de reclamaciones

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por parte La Compañía, el reclamante deberá presentar las siguientes pruebas:

Cobertura de muerte

1. Forma de reclamación de La Compañía debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
3. Copia u Original del certificado de seguro emitido por La Compañía, si existiera o si lo tuviera.
4. Copia certificada u original del acta de nacimiento del titular.
5. Original o copia certificada del acta de defunción del titular.
6. Copia del Certificado de defunción.
7. Copia de la identificación oficial de los beneficiarios.
8. Copia del acta de nacimiento de los beneficiarios.
9. Copia del contrato de apertura de crédito.
10. En caso de que el Beneficio del Seguro sea el saldo insoluto se requiere la copia del último estado de cuenta del crédito que corresponda a la fecha del fallecimiento del asegurado.

En adición a la documentación señalada anteriormente, La Compañía podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cobertura de desempleo

1. Forma de reclamación de La Compañía debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.

3. Copia u Original del certificado de seguro emitido por La Compañía, si existiera o si lo tuviera.
4. Cualquiera de los siguientes documentos
 - a. Copia del finiquito por la terminación de la relación laboral en la que aparezcan las cantidades recibidas por el Asegurado por prestaciones y demás percepciones.
 - b. Copia de la baja de la Institución de Seguridad Social donde se haya encontrado afiliado el Asegurado.
 - c. Acta de liquidación o convenio firmado en la Junta Local de Conciliación y Arbitraje.
 - d. Para aquellos casos en que la causa de la baja sea separación voluntaria y el Asegurado no esté de acuerdo con esta resolución, el Asegurado podrá presentar a La Compañía copia de la demanda laboral, en la que conste el sello de recibido por la autoridad correspondiente.
5. Último recibo de nómina correspondiente al mes inmediato anterior al desempleo que deberá de haber sido emitido por la misma Empresa.
6. En caso de que el pago del beneficio este destinado al pago de la deuda del Asegurado se requiere copia del contrato de apertura de crédito.
7. En caso de que el Beneficio del Seguro no esté ligado a montos fijos preestablecidos, se requiere cualquier de los siguientes documentos:

Beneficio	Documento
Saldo insoluto	Copia del último estado de cuenta del crédito que corresponda a la fecha en que el asegurado se quedó desempleado involuntariamente.
Cuota mensual	Tabla de amortización correspondiente
Pagos mínimos	Copia del último estado de cuenta del crédito que corresponda a la fecha en que el asegurado se quedó desempleado involuntariamente en el cual se identifique el cargo mensual del seguro.
Pagos variables	Últimos estados de cuenta de la tarjeta de crédito.

En adición a la documentación señalada anteriormente, La Compañía podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cobertura de incapacidad temporal total

- 1) Forma de reclamación de La Compañía debidamente requisitada y firmada.
- 2) Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- 3) Copia u Original del certificado de seguro emitido por La Compañía, si existiera o si lo tuviera.
- 4) Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad.
- 5) Original o copia certificada del Dictamen de Incapacidad temporal total expedido por
 - a. Una Institución de Seguridad Social
 - b. Un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión con especialidad en medicina del trabajo, acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Incapacidad temporal total.
- 6) En caso de que el pago del beneficio este destinado al pago de la deuda del Asegurado se requiere copia del contrato de apertura de crédito.
- 7) En caso de que el Beneficio del Seguro no esté ligado a montos fijos preestablecidos, se requiere cualquier de los siguientes documentos:

Beneficio	Documento
Saldo insoluto	Copia del último estado de cuenta del crédito que corresponda a la fecha en que el asegurado obtuvo el dictamen de incapacidad temporal tota
Cuota mensual	Tabla de amortización correspondiente

Pagos mínimos	Copia del último estado de cuenta del crédito que corresponda a la fecha en que el asegurado obtuvo el dictamen de incapacidad temporal total en el cual se identifique el cargo mensual del seguro.
Pagos variables	Últimos estados de cuenta de la tarjeta de crédito.

En adición a la documentación señalada anteriormente, La Compañía podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. En este sentido, La Compañía se reserva el derecho de practicar cualquier examen médico que considere para determinar el estado de incapacidad.

Cobertura de invalidez total y permanente

- 1) Forma de reclamación de La Compañía debidamente requisitada y firmada.
- 2) Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- 3) Copia u Original del certificado de seguro emitido por La Compañía, si existiera o si lo tuviera.
- 4) Original o copia del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad.
- 5) Original o copia certificada del Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por
 - a. Una Institución de Seguridad Social
 - b. Un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión con especialidad en medicina del trabajo, acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Invalidez Total Temporal.

En adición a la documentación señalada anteriormente, La Compañía podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. En este sentido, La Compañía se reserva el derecho de practicar cualquier examen médico que considere para determinar el estado de invalidez.

Cobertura mancomunada de enfermedades graves

El reclamante presentará a La Compañía los mismos documentos requeridos para la indemnización de la cobertura de muerte. Además, por cada enfermedad se requerirá la siguiente información:

a) Neoplasia maligna

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

b) Infarto al miocardio

Diagnóstico soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un nuevo ataque cardíaco:

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

c) Infarto y/o hemorragia cerebral (Cobertura básica o adicional)

Diagnóstico 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, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un ataque.

d) Insuficiencia coronaria

Diagnóstico soportado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

e) Insuficiencia renal crónica

Enfermedad crónica del riñón con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre que hacen necesaria la hemodiálisis periódica o un programa de diálisis peritoneal a largo plazo.

f) Esclerosis múltiple

Diagnóstico realizado por un neurólogo el cual 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.

g) Distrofia muscular

Diagnóstico realizado por un neurólogo, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). El diagnóstico de distrofia muscular debe ser inequívoco.

La condición es tener como consecuencia la incapacidad en 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:

- + 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;
- + Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- + Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- + Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- + Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- + Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible

En su caso La Compañía se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico, específicamente nombrado por la Aseguradora.

4.4 Pago de reclamaciones

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 5 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.

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

Para efectos de esta Póliza los pagos de los beneficios por los que La Compañía se hará responsable, serán aquellos que tenga contratado cada Asegurado.

El Asegurado que desarrolle simultáneamente actividades de empleo de tiempo completo bajo un contrato por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionalista que labore en forma independiente, quedará amparado solo bajo la modalidad de desempleo involuntario.

Cuando la indemnización consiste en pagos recurrentes se procederá de la siguiente manera:

- 1) El primer pago de la indemnización que proceda se realizará al cumplirse los periodos de espera y/o de eliminación que correspondan.
- 2) Los subsecuentes se pagarán de acuerdo a la periodicidad estipulada en el certificado de la póliza de manera vencida. Estos pagos estarán condicionados de la siguiente manera.

a. Cobertura de desempleo:

El Asegurado deberá presentar de manera mensual y durante el tiempo que dure esta situación, una carta escrita de puño y letra donde manifieste que persiste su condición de desempleado y que no se encuentra percibiendo remuneración alguna. La declaración inexacta de tal hecho, facultará a La Compañía para rechazar cualquier reclamación y al cobro de los pagos que se hayan hecho desde el momento que el Asegurado haya comenzado a recibir alguna remuneración.

La Compañía se reserva el derecho de pedir información adicional a cualquier Institución de Seguridad Social con el fin de corroborar la declaración del Asegurado. El pago por periodos de Desempleo Involuntario menores a un mes se realizará por la mensualidad completa.

b. Cobertura de incapacidad temporal total:

El Asegurado deberá presentar de manera mensual y durante el tiempo que dure este estado, un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado.

El pago por periodos de Incapacidad Temporal menores a un mes se realizará por la mensualidad completa.

- 3) El total de pagos quedará limitado por el número máximo de pagos establecidos en el certificado correspondiente.

En el caso de no proceder la indemnización, La Compañía lo hará saber al reclamante por escrito explicando las razones de esta situación.

4.5 Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización reclamada. No opera para los seguros a prima única.

5. Cláusulas generales

5.1. Arbitraje.

Procedimiento Arbitral para resolver controversias en caso de enfermedades preexistentes, o de cualquier otro padecimiento médico relacionado con esta póliza.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y La Compañía acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, el Asegurado podrá optar por someter la cuestión al dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días cubiertos contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieren 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.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

5.2. Cesión de Derechos

Esta Póliza no podrá ser cedida o asignada por el Contratante sin el consentimiento de La Compañía.

5.3. Comunicaciones.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de La Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a La Compañía y para cualquiera otro efecto legal. Los requerimientos y comunicaciones que La Compañía deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca La Compañía.

5.4. Comisiones y Compensaciones Directas.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.5. Competencia y Jurisdicción.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el juez. 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 Institución Financiera, a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

5.6. Derechos especiales para los Asegurados deudores y sus beneficiarios

- a. El Asegurado y sus causahabientes tendrán el derecho a exigir a La Compañía, que pague al Beneficiario preferente, el importe del saldo insoluto, sin exceder de la suma asegurada.
- b. La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que La Compañía pague al Contratante del seguro el importe del saldo insoluto.
- c. El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar a La Compañía su domicilio para que llegado el caso, les haga saber las decisiones a que se refiere el punto precedente.

5.7. Disputabilidad

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

5.8. 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.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente La Compañía.

Una vez efectuada la comprobación, La Compañía hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando de la comprobación de la edad resulte que la edad real se encuentra, fuera de los límites de admisión registrados por La Compañía, el certificado correspondiente quedará rescindido automáticamente y la obligación de La Compañía se reducirá a pagar el importe de la prima de riesgo no devengada, si la hubiere, que corresponda al Asegurado, en la fecha de su rescisión.

Si al descubrirse que la edad declarada del Asegurado es inexacta y La Compañía ya hubiere hecho efectivo el importe del seguro, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado, incluyendo los intereses respectivos.

5.9. interés Moratorio

ARTÍCULO 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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:
- Los intereses moratorios;
 - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - 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

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.

5.10. Modificaciones al Contrato

Ningún cambio o modificación al contrato será válido, a menos que haya sido aprobado por las partes mediante la cláusula escrita agregada a la Póliza, y previamente registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ninguna persona no autorizada por La Compañía podrá cambiar o modificar las condiciones generales o beneficios del contrato.

5.11. Moneda

Los pagos que el Contratante y La Compañía deban hacer conforme a esta Póliza, se liquidarán en Moneda Nacional de acuerdo con la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen los mismos.

5.12. Notificaciones

La Compañía:

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a La Compañía, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de esta Póliza.

Al acreditado:

Deberá hacerse por escrito precisamente en el lugar señalado como su domicilio en el certificado correspondiente.

5.13. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos que se le pregunten facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

5.14. Período de gracia para el pago de primas

Para liquidar la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un período de gracia de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

En el caso de las fracciones subsecuentes, en los casos de pago en parcialidades, no opera el período de gracia.

Si no hubiese sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido cesarán automáticamente los efectos de esta Póliza a las 12:00 horas del último día del período de gracia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5.15. Prescripción.

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

- 1) En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- 2) En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción, consignados en el Art.82 de la Ley sobre el Contrato del Seguro. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiera la Ley de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros.

5.16. Primas

El monto de la prima deberá corresponder al señalado en la carátula del certificado correspondiente que se entregará a cada uno de los Asegurados deudores.

La prima vence a la fecha de celebración del contrato y el Contratante deberá pagarla en las oficinas de La Compañía contra recibo oficial debidamente requisitado, que otorgue la misma.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose las tasas de financiamiento vigentes en el momento de inicio del período de cobertura.

En los casos donde la prima sea liquidada por medio de cargos a cuentas bancarias o tarjetas de débito o crédito, el cargo que aparezca en el estado de cuenta correspondiente funcionará como recibo y será prueba suficiente de la existencia del seguro.

5.17. 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. (Texto íntegro del Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

5.18. Suicidio

La Compañía quedará liberada de toda obligación de pago, en caso de que la muerte del Asegurado ocurra por suicidio dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente Asegurados, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, reembolsando únicamente la prima de riesgo no devengada.

5.19. Unidad Especializada

Para cualquier consulta o reclamación el Asegurado o Beneficiario podrán acudir a la Unidad Especializada de La Compañía:

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS "UNE" ZURICH ASEGURADORA MEXICANA S.A. DE C.V.	
Domicilio Oficina Matriz	Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390
Teléfono:	Tel. 55 5284 1103 y 800 0800 009
Horario de atención:	9:00 a 17:00 horas
Correo Electrónico	unidad.especializada@mx.zurich.com
Página Web	https://zurich.com.mx
El Asegurado podrá presentar su solicitud de aclaración o queja en el domicilio de la institución de seguros o bien, en la UNE, mediante escrito, correo electrónico o cualquier otro medio por el que se pueda comprobar fehacientemente su recepción. En todos los casos la institución de seguros estará obligada a acusar de recibo de dicha solicitud.	

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 03 de Marzo 2023, con el número CNSF-S0037-0122-2023/ Número de Registro en el RECAS otorgado por la CONDUSEF-006238-01

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich**, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com

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

6. Aviso de privacidad

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados 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, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse en su caso a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y a Terceros, Nacionales o Extranjeros.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el aviso de privacidad que encontrará en su texto completo en nuestra página <https://zurich.com.mx>

El presente Aviso en su texto completo, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página <https://zam.zurich.com.mx> o a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

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 03 de Marzo 2023, con el número CNSF-S0037-0122-2023/ Número de Registro en el RECAS otorgado por la CONDUSEF-006238-01

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich**, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com

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

7. Consentimiento expreso de uso y transferencia de datos sensibles y financieros

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.
Toreo Parque Central, torreo B, Piso 20,
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5,
Colonia Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México, C.P. 53390
Atención: Oficial de Seguridad de la Información.

ASUNTO: Se notifica consentimiento.

Estimados Señores:

Por éste medio expreso mi consentimiento para que mis datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados con motivo de la relación jurídica que celebramos sean tratados para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que acepto la transferencia que pudiera realizarse en su caso a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y a Terceros, Nacionales o Extranjeros.

Asimismo manifiesto que se ha hecho de mi conocimiento y he comprendido el aviso de privacidad que esa empresa tiene publicado en su página de Internet identificada como <https://zam.zurich.com.mx>

Lo anterior para su conocimiento y para los efectos legales que así convengan.

Sin más por el momento.

Atentamente

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

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 03 de Marzo 2023, con el número CNSF-S0037-0122-2023/ Número de Registro en el RECAS otorgado por la CONDUSEF-006238-01

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich**, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com

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