

# **Seguro de Vida Grupo Saldo Deudor Plus Experiencia Propia**

## **CONDICIONES GENERALES**

**Septiembre 2020**

# ÍNDICE

Seguro de Vida Grupo Saldo Deudor Plus Experiencia Propia .....	1
CONDICIONES GENERALES.....	1
Como leer las Condiciones Generales .....	3
Sección 1. Definiciones .....	4
OBJETO DEL CONTRATO .....	7
Sección 2. Cobertura por Fallecimiento .....	7
Sección 2.1. Cobertura Básica por Muerte.....	7
Sección 2.2. Cobertura de Gastos Funerarios.....	8
Sección 3. Coberturas por Invalidez.....	8
Sección 3.1. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad.....	8
Sección 3.2. Invalidez Total y Permanente por accidente.....	10
Sección 4. Coberturas por accidente. ....	10
Sección 4.1. Muerte accidental. ....	10
Sección 4.2. Muerte accidental colectiva. ....	10
Sección 4.3. Pérdidas Orgánicas “A”. ....	11
Sección 4.4. Pérdidas Orgánicas “B”. ....	12
Sección 5. Coberturas por Desempleo.....	13
Sección 5.1. Desempleo involuntario de empleados.....	13
Sección 5.2. Incapacidad total para trabajar del Autoempleado.....	14
Sección 6. Coberturas por diagnóstico.....	17
Sección 6.1. Diagnóstico de graves enfermedades.....	17
Sección 6.2. Diagnóstico de cáncer.....	17
Sección 6.3. Diagnóstico de cáncer de género.....	17
Sección 7. Beneficios .....	18
Sección 7.1. Beneficios de enfermedades terminales. Últimos gastos.....	18
Sección 7.2. Beneficio de gastos funerarios.....	18
Sección 8. Condiciones Generales .....	18
SECCIÓN 9. QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO.....	32
10. Documentos Adicionales.....	33

## Como leer las Condiciones Generales

Estimado Asegurado, para Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. usted es muy importante, y nos hemos esforzado en diseñar unas Condiciones Generales de modo que usted pueda entenderlas lo mejor posible, para ello, las hemos dividido en secciones específicas, que puede ubicar a través del índice.

Asimismo, lo invitamos a consultar nuestro **aviso de privacidad**, leer el **folleto de derecho de Clientes**, y ponemos a su disposición las formas que tiene usted para contactarnos en el anexo de la última página sobre las **Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros**.

Gracias por preferirnos.

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

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. Tel 52840705

Consulta términos, aviso de privacidad y requisitos de contratación en: <https://zurich.com.mx>.

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., en adelante denominado como La **Compañía**, emite el presente Seguro de Vida Grupo Saldo Deudor Plus, experiencia propia, bajo los siguientes términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato:

## Sección 1. Definiciones

De acuerdo con el Artículo 11 de la Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las instituciones de seguros, los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este contrato de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino o en plural o singular y para efectos de identificación aparecerán en negritas:

**ACCIDENTE:** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del **Asegurado**, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza y que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del **Accidente** y como consecuencia de este. No se considerarán **Accidentes** las lesiones intencionalmente causadas por el **Asegurado**.

**ASEGURADO:** Es la persona física titular del interés asegurado, que se encuentra cubierta al amparo de este contrato de seguro, misma que al momento de ocurrir un **Evento** que amerite indemnización, según lo establecido en esta póliza, tiene derecho al pago correspondiente.

**ASEGURADORA O COMPAÑÍA:** Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

**AUTOEMPLEADO** Serán considerados auto empleados para los efectos de este seguro los Trabajadores que carezcan de un contrato de trabajo, los Comerciantes y los Profesionistas independientes que perciban una remuneración económica por dichas actividades, siempre y cuando se encuentren inscritos en el Registro Federal de Contribuyentes y puedan acreditar sus ingresos a través de sus declaraciones fiscales.

**CERTIFICADO Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Son los certificados individuales de seguro de grupo;

**CONSENTIMIENTO:** Documento en donde el **Asegurado** expresa su consentimiento a ser asegurado en el cual designa a sus **Beneficiarios**.

**CONTRATANTE:** A la persona física o moral que ha celebrado con La **Compañía** el contrato de seguro y tiene a su cargo el pago de las primas correspondientes.

**CREDITO** Es aquella operación financiera por medio de la cual el **Contratante** presta una suma de dinero al **Asegurado** en virtud de un contrato derivado de su giro principal.

**DESIGNACIÓN SUSTITUTA DE BENEFICIARIOS:** Es la modalidad pactada entre el **Asegurado** y La **Compañía** para la cobertura de fallecimiento del Asegurado, en caso de que éste por omisión no haya designado Beneficiarios. Bajo este supuesto queda acordado entre Las Partes que los pagos de los siniestros procedentes se realizarán en el orden siguiente, para lo cual operaría la Designación Sustituta de Beneficiario:

1. A los Beneficiarios libremente designados por el Asegurado en el porcentaje indicado, y si hubiera algún excedente siguiendo el orden establecido.
2. Si no hubiera Beneficiarios, a los que demuestren ser sus descendientes directos y cónyuge, dividido en partes iguales para cubrir el 100% o el porcentaje excedente del pago realizado en el punto 1.
3. Si no hubiera ninguno descrito en el punto 1 y 2, se pagará a los que demuestren ser sus ascendientes, en partes iguales al 100%.
4. Si no hubiera ninguno de los anteriores, a la concubina o concubinario legalmente reconocido al 100%.
5. En caso de no existir ninguno de los mencionados, La "Compañía" pagará a la sucesión legal al 100%.

Los pagos realizados en los términos antes indicados liberarán a La "Compañía" de cualquier obligación de pago en esta Cobertura, descontando los importes de primas no pagadas ya devengadas.

Con el pago de la indemnización quedará cancelado el **Certificado Individual** del asegurado fallecido.

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

**DIVIDENDOS:** Es el monto que corresponda al **Contratante** o al **Asegurado**, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, en pólizas con participación de beneficios por utilidades realizadas.

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

**ENDOSO:** Documento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante el cual se hace constar el acuerdo establecido en un contrato de seguro por las partes para modificar, aclarar o dejar sin efecto las bases, términos o condiciones de la póliza; y forma parte integrante de ésta última.

Lo señalado en estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales y Particulares en todo aquello que se contra ponga.

**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.

**EXCLUSIONES:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas en la sección correspondiente.

**EVENTO:** Es la ocurrencia del riesgo amparado por este Contrato de Seguro, durante la **Vigencia** del mismo. Se entenderá por un solo **Evento**, el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un mismo acontecimiento sucedido durante la **Vigencia** de la Póliza.

**FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE GRUPO:** Es la fecha que aparece señalada en la carátula de la póliza, a partir de la cual se comienza a cubrir el riesgo.

**FECHA DE INICIO DE VIGENCIA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Es la fecha señalada en cada uno de los Certificados Individuales y a partir de la cual quedará cubierto el Asegurado.

**FIRMA DE PERSONA FÍSICA.** Para efectos del presente contrato se entenderá como firma:

1. Signo o escritura manuscrita de puño y letra de la persona.
2. Huella digital o dactilar debidamente plasmada en el documento.
3. Firma puesta a ruego.

**Huella digital o dactilar.** - en el caso de imposibilidad para escribir, se puede válidamente recurrir a la impresión de la huella como elemento jurídicamente reconocido para demostrar tanto la individualización de su autor como la manifestación de su voluntad con el contenido de un documento, es idónea para individualizar al sujeto, pues las técnicas dactiloscópicas desarrolladas permiten afirmar que no hay dos personas que posean idénticas huellas dactilares.

**Firma puesta a ruego.** - en el caso de imposibilidad para plasmar la huella digital, y si la parte no sabe firmar o si pese a saber no puede hacerlo por una discapacidad, firmará a su ruego otra persona, en presencia de dos testigos de libre escogencia de la primera. La persona ciega o con deficiencias visuales que lo requiera, podrá firmar por sí misma, en presencia de dos testigos de su libre elección.

**INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:** Es el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y/o cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.

**INTEGRANTE** Es aquella persona que forme parte del grupo asegurado.

**PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:**

Es aquel que previamente a la celebración del contrato o al alta del **Asegurado** en el mismo:

- a) Se haya declarado su existencia 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. 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, o

- b) El **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

El reclamante podrá optar, en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la **Compañía** argumentándose la existencia de padecimientos preexistentes, en acudir ante un perito médico nombrado de común acuerdo y por escrito por ambas partes, pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo 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 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 Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

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.

**PATRON** Es la persona, física, moral o ente con personalidad jurídica, que tiene a su servicio una o más personas físicas o trabajadores, que ponen a su disposición su fuerza de trabajo a cambio de una remuneración o sueldo; el Patrón para los efectos de este contrato debe estar inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes.

**PERIODO DE ELIMINACIÓN:** Es el periodo que debe transcurrir entre el despido injustificado o la dictaminación de incapacidad total para trabajar y el inicio de la obligación de pago de la **Compañía**, siempre que el desempleo involuntario o la incapacidad total para trabajar subsista. El **Periodo de Eliminación** para las coberturas antes mencionadas es de 30 días naturales. Este periodo únicamente puede aplicar una vez vencido el **Periodo de Espera**.

El **Periodo de Espera** antes mencionado es el periodo inmediato posterior al inicio de la vigencia del certificado individual durante el cual el Asegurado no estará amparado por los beneficios de las coberturas por Desempleo o por Invalidez, el cual estará especificado en la carátula de la Póliza.

**PLAZO MAXIMO DE RESPONSABILIDAD:** Es el periodo máximo durante el cual la **Compañía** se obliga a indemnizar la suma asegurada, mediante rentas mensuales, por un siniestro amparado por las coberturas de Desempleo Involuntario de Empleados e Incapacidad Total para Trabajar del Autoempleado. El **Plazo Máximo de Responsabilidad** será el establecido en la carátula de la póliza.

**PERIODO DE ESPERA** Es el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del certificado individual durante el cual el **Asegurado** no estará amparado por los beneficios de las coberturas por Desempleo o por Invalidez. 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.

**POLIZA Y/O CONTRATO DE SEGURO:** Es el documento en el que se hace constar el acuerdo celebrado entre el **Contratante** o **Asegurado** y La **Compañía**, y lo integran las Condiciones Generales, la carátula de la **Póliza**, las especificaciones, los **Endosos** y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba de la existencia del Contrato.

**PRIMA.** Es la cantidad de dinero que debe pagar el **Contratante** y/o **Asegurado** a La **Compañía** en la forma y términos convenidos, para que El **Asegurado** tenga derecho a las coberturas amparadas por este contrato de seguro, durante la **Vigencia** del mismo. La **Prima** total incluye los gastos de expedición, así como cualquier otro impuesto aplicable y en su caso, el recargo por pago fraccionado.

**REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO:** Es el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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

**SAMI:** Suma Asegurada Máxima Individual.

Es la Suma Asegurada Máxima por persona que la **Compañía** se obliga a aceptar sin que la persona presente pruebas médicas de asegurabilidad, siempre y cuando el integrante ingrese al Grupo Asegurado desde la emisión o con posterioridad a la celebración del Contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso y haya dado su consentimiento.

**SINIESTRO.** Eventualidad prevista en el contrato de seguro cuyos efectos dañosos se encuentran cubiertos en éste, hasta el **Límite Máximo de Responsabilidad** contratado y que indistintamente se menciona como **Evento** (s) ocurridos.

**SUMA ASEGURADA.** Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la **Póliza** por la que tendrá responsabilidad La **Compañía** en caso de proceder el **Evento**.

## **OBJETO DEL CONTRATO**

La Compañía se compromete a indemnizar, al Contratante hasta por el importe declarado del Saldo Insoluto del Crédito del Asegurado, o bien, al Asegurado, de acuerdo con la cobertura amparada, tras la realización del siniestro declarado como procedente.

Si un Asegurado tuviere en vigor más de un crédito con la Contratante, la Compañía únicamente pagará hasta la SAMI establecida en la carátula de la Póliza.

## **Sección 2. Cobertura por Fallecimiento**

---

Las coberturas que se describen a continuación deben estar mencionadas como contratadas en la carátula de la Póliza correspondiente y se encuentran sujetas a lo pactado en la sección de condiciones generales.

### **Sección 2.1. Cobertura Básica por Muerte.**

---

#### **1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.**

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

Durante la vigencia de ésta póliza, el **Contratante** y/o los miembros del grupo asegurado a quienes se les otorgue, podrán complementar su protección básica a través de las coberturas adicionales, las cuales operarán, únicamente cuando se encuentren expresamente mencionadas como amparadas en el **Certificado Individual** del Asegurado, 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.

Sección de Coberturas Adicionales

Sección 2.2. Cobertura de Gastos Funerarios.

**1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.**

Si durante la vigencia del **Certificado Individual** ocurre el fallecimiento del **Asegurado**, la **Compañía** pagará a los **Beneficiarios** distintos del **Contratante** o a la **Designación Sustituta de Beneficiarios**, o en su caso, a la sucesión legal del **Asegurado**, según corresponda, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, de acuerdo con la regla estipulada por el **Contratante** y conforme a las Condiciones Generales de la Póliza.

Sección 3. Coberturas por Invalidez

Sección 3.1. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad.

**1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.**

Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el **Asegurado** se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la **Compañía** pagará el monto del saldo insoluto al **Contratante**, en su carácter de Beneficiario Irrevocable. En el supuesto de que en el contrato de seguro se haya pactado una suma asegurada fija y ésta exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al **Asegurado**.

**2. DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**

Para efectos de esta cobertura se entenderá por invalidez total y permanente, si durante la vigencia del **Certificado Individual**, a consecuencia de un accidente o enfermedad, el **Asegurado** sufre un daño orgánico funcional y/o pérdidas orgánicas que por su naturaleza y gravedad lo incapaciten para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, influyendo en la disminución substancial de sus ingresos.

El **Asegurado** adquirirá el derecho al pago del beneficio contratado una vez que hayan transcurrido los **Periodos de Espera** y **Periodo De Eliminación** respectivamente.

Las obligaciones de la **Compañía** provenientes de este beneficio de indemnización por invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento del **Asegurado** dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

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

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

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

**3. PRUEBAS PARA COMPROBAR EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación por invalidez total y permanente, el **Asegurado** presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una **Institución de Seguridad Social** o, solo en el caso de estar aceptado y así mencionado en la especificación de la **Póliza**, por un médico especialista en la materia y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez total y permanente, mismos que deberán ser confirmadas por una evaluación hecha por un médico certificado y especialista en la materia nombrado por la **Compañía**, y en caso de proceder la invalidez, la **Compañía** cubrirá lo correspondiente en términos de este

contrato. La **Compañía** podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe a su costa, la persistencia del estado de invalidez total y permanente, mediante una revisión del estado físico y mental del **Asegurado** a través de un médico certificado y especialista en la materia nombrado por la **Compañía**, así como, examinarlo durante el tiempo en que se encuentre gozando de los beneficios que brinda esta cobertura adicional. En caso de que el **Asegurado** se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la **Compañía** quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura. El médico designado por la **Compañía**, que determine la improcedencia de un dictamen o la no persistencia del estado de invalidez deberá estar certificado y ser un especialista en la materia.

#### **4. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA.**

Esta cobertura adicional de invalidez terminará para cada **Asegurado** sin obligación posterior para la **Compañía** y sin necesidad de declaración expresa de ésta, en el aniversario de la **Póliza** en que el **Asegurado** cumpla los 70 años o cuando expire el plazo de la cobertura o cuando la **Compañía** efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura básica contratada, lo que ocurra primero.

#### **5. EXCLUSIONES.**

**La cobertura adicional por invalidez no surtirá efecto en aquellos casos en que la invalidez haya sido provocada por:**

- a. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.
- b. Riña siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.
- c. Lesiones derivadas de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
- d. Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.
- e. Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el Asegurado.
- f. Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.
- g. Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.
- h. Enfermedades preexistentes.
- i. Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- j. Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
- k. Lesiones que sufra el Asegurado cuando participe directamente en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- l. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- m. La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.
- n. Padecimientos derivados de intento de suicidio.
- o. Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.
- p. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.

### Sección 3.2. Invalidez Total y Permanente por accidente.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

La **Compañía** pagará el monto del saldo insoluto al **Contratante**, en su carácter de beneficiario irrevocable, si durante la vigencia del **Certificado Individual** correspondiente, el **Asegurado** se invalidara total y permanentemente exclusivamente a consecuencia de un **Accidente**, mientras esta cobertura se encuentre en vigor. En el supuesto de que en el contrato de seguro se haya pactado una suma asegurada fija y ésta exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al **Asegurado**.

#### 2. DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por invalidez total y permanente, si durante la vigencia del **Certificado Individual**, exclusivamente y a consecuencia de un **Accidente**, el **Asegurado** sufre un daño orgánico funcional y/o pérdidas orgánicas que por su naturaleza y gravedad lo incapaciten para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, influyendo en la disminución substancial de sus ingresos.

El **Asegurado** adquirirá el derecho al pago del beneficio contratado una vez transcurrido el **Periodo De Periodos de Espera** y **Periodo De Eliminación** respectivamente.

Las obligaciones de la **Compañía** provenientes de este beneficio de indemnización por invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento del **Asegurado** dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

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

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

Para efectos de esta cobertura se entenderá por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

#### 3. PUNTOS APLICABLES A LA COBERTURA.

Son aplicables a esta Cobertura los numerales **3, 4 y 5** de la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad.

### Sección 4. Coberturas por accidente.

#### Sección 4.1. Muerte accidental.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

La **Compañía** pagará al beneficiario o beneficiarios designados o en su caso, a la **Designación Sustituta de Beneficiarios** o sucesión legal que corresponda, la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, si el **Asegurado** fallece a consecuencia directa de un **Accidente** ocurrido durante la **Vigencia** de la **Póliza**, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del **Accidente** y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor.

#### Sección 4.2. Muerte accidental colectiva.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

La **Compañía** pagará al beneficiario(s) designado (s), o a la **Designación Sustituta de Beneficiarios**, o en su caso, a la sucesión legal del **Asegurado**, según corresponda, la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, si el **Asegurado** fallece a consecuencia directa de un **Accidente** ocurrido durante la **Vigencia** de la **Póliza**, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del **Accidente**, el **Certificado Individual** correspondiente se encuentre en vigor 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** viaje como pasajero en un ascensor que opera para servicio público (exceptuando minas) o
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el **Asegurado** al iniciarse el incendio.

#### Sección 4.3. Pérdidas Orgánicas “A”.

##### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si a consecuencia directa de un **Accidente** ocurrido durante la **Vigencia** de la **Póliza**, siempre y cuando las pérdidas orgánicas cubiertas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del **Accidente** y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor, la **Compañía** pagará al **Asegurado** el porcentaje que corresponda de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura de acuerdo con la siguiente tabla:

##### Escala A

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para efectos de esta cobertura se entenderá por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100 % de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Sección 4.4. Pérdidas Orgánicas “B”.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si a consecuencia directa de un **Accidente** ocurrido durante la **Vigencia** de la **Póliza**, siempre y cuando las pérdidas orgánicas cubiertas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del **Accidente** y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor, la **Compañía** pagará al **Asegurado** el porcentaje que corresponda de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura de conformidad con la siguiente tabla:

**Escala B**

<b>Pérdidas Orgánicas</b>	<b>Porcentaje de la Suma Asegurada</b>
Ambas Manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para efectos de esta cobertura se entenderá por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
- Se entenderá por sordera en ambos oídos, la pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los dos oídos.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100 % de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Sección 5. Coberturas por Desempleo.  
Sección 5.1. Desempleo involuntario de empleados.

**1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.**

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

**2. RESTRICCIONES.**

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

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

**3. CAMBIO DE COBERTURA.**

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

**4. TERMINACIÓN DEL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.**

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

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

**5. COMPROBACIÓN DEL DESPIDO INJUSTIFICADO.**

El **Asegurado**, al presentar a la **Compañía** reclamación para hacer efectiva la Cobertura de Desempleo Involuntario de Empleados deberá presentar la información y documentación siguiente:

- a. Aviso de despido entregado por el patrón, en su caso.
- b. Baja por separación voluntaria, en su caso; únicamente en los casos en que el **Empleado** argumente haber sido obligado con coacción o engaño a su firma y no estar de acuerdo con la misma por tratarse en realidad de un despido injustificado.
- c. Copia sellada de recibido por autoridad laboral del escrito de demanda contra el patrón argumentando despido injustificado, en el caso que lo tuviera.
- d. Finiquito por terminación de relación laboral, en que se indiquen las cantidades recibidas por el **Asegurado** por prestaciones y demás percepciones, en su caso.
- e. Recibo de nómina expedido por el patrón, correspondiente al mes inmediato anterior al despido injustificado, en el caso que lo tuviera.
- f. Documentación que acredite que el **Asegurado** laboró ininterrumpidamente, al menos durante los últimos doce (12) meses anteriores al despido, que puede ser cualquiera de los siguientes: contrato laboral debidamente firmado por las partes, recibos de pago de nómina, comprobantes de pago de participación de utilidades, comprobante de pago de prima vacacional, comprobante de pago de aguinaldo, pagos, aportaciones al seguro social con alta y baja ante dicho Instituto o estados de cuenta bancarios en donde se reflejen las cantidades recibidas en el banco bajo el concepto nómina del mes o similar.
- g. Contrato de trabajo, o constancia laboral elaborada por el patrón en hoja membretada con sello y firma de patrón y empleado, indicando tipo de contrato laboral, en su caso.
- h. Alta y baja de la **Institución de Seguridad Social** a la cual se haya encontrado afiliado el **Asegurado** hasta su despido.

## 6. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE EMPLEADOS.

No es procedente la indemnización de la cobertura cuando el desempleo derive de:

- a. Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido justificado).
- b. Renuncia, abandono o pérdida voluntaria del empleo por parte del Asegurado.
- c. Jubilación, Pensión o retiro del Asegurado.
- d. Terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento entre el patrón y el Asegurado.
- e. Despido de una persona que no tenga el carácter de Empleado.
- f. Desempleo del Asegurado ocurrido antes de la contratación del seguro o dentro del Periodo de Espera.
- g. Notificación del desempleo por parte del Patrón al Empleado, dentro de los noventa días anteriores a la fecha de la contratación inicial de la Cobertura.
- h. Suspensión de la relación laboral del Asegurado, originada por paros, disputas laborales o huelgas: en este último caso se aplicará la exclusión por todo el tiempo que dure la huelga y cuando la misma sea calificada como ilícita o declarada inexistente en los términos de las Leyes del Trabajo.
- i. Extinción de la relación laboral debido a programas anunciados (recorte de personal) por el empleador del Asegurado en forma previa a la fecha de la contratación inicial de la cobertura, para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que, de manera específica o en general, incluyan la descripción de las actividades laborales desempeñadas por el Asegurado.
- j. Intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude, conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme al contrato laboral.
- k. Conducta delictiva del Asegurado.

### Sección 5.2. Incapacidad total para trabajar del Autoempleado.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

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

#### 2. RESTRICCIONES.

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

- a) Haber desempeñado actividades remuneradas como Auto Empleado al menos durante los últimos 12 (doce) meses anteriores a la ocurrencia del Accidente o enfermedad que causó la incapacidad total para trabajar.

### 3. CAMBIO DE COBERTURA.

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

### 4. TERMINACIÓN DEL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

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

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

### 5. COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR.

El **Asegurado**, al presentar a la **Compañía** reclamación para hacer efectiva la cobertura de incapacidad total para trabajar deberá presentar la información y documentación siguiente:

- a. Estados de cuenta bancarios, comprobante de pago de impuestos y otro tipo de documentos que acrediten que el **Asegurado** desempeñó actividades remuneradas como **Autoempleado** durante los últimos 12 meses anteriores a la ocurrencia del accidente o enfermedad que causó la incapacidad total para trabajar.
- b. Alta y baja de la Institución de Seguridad Social a la cual se haya encontrado afiliado el Asegurado o en su defecto, Certificado emitido por médico especialista en la materia, que dictamine, con base en radiografías, estudios de laboratorio, electrocardiogramas u otro tipo de exámenes o análisis médicos necesarios, que el **Asegurado** se encuentra incapacitado totalmente, en forma permanente o temporal, para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación remunerada habitual y que debe estar recluido, por indicación médica, en un sanatorio, hospital o en su domicilio; el certificado médico deberá incluir el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad o **Accidente**.
- c. Radiografías, estudios de laboratorio, electrocardiogramas y cualquier otro tipo de exámenes médicos realizados al **Asegurado**, con su interpretación correspondiente, que sirvieron de base para emitir el certificado médico que dictaminó la incapacidad total para trabajar.
- d. La **Compañía** podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe, a su costa, la existencia y/o persistencia del estado de incapacidad total para trabajar, mediante la designación de un médico especialista en la materia que efectuará una revisión del estado físico y mental, en su caso, del **Asegurado**, quien deberá someterse a estos exámenes, a solicitud de la **Compañía**, al solicitar la cobertura o durante el tiempo en que se encuentre gozando del mismo. En caso de que el **Asegurado** se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la **Compañía** quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura.

### 6. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR.

No es procedente la indemnización de la cobertura cuando la incapacidad total para trabajar derive de:

- a. **Lesión corporal autoinfligida intencionalmente por el Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
- b. **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, o en la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- c. **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- d. **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.**

- e. Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador.
- f. Accidentes ocurridos durante la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
- g. Intento de suicidio.
- h. Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose este bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- i. Un Evento ocurrido antes de la contratación del seguro o dentro del Periodo de Espera.
- j. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histérica, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- k. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes y su atención médica y complicaciones.
- l. Las afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- m. La aplicación de métodos o tratamientos para el control de la natalidad.
- n. Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos solicitados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes.
- o. Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo habiendo sido prescrito por un médico.

#### **EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A LAS COBERTURAS POR DESEMPLEO**

Este seguro no ampara daños o pérdidas:

1. Que sean causados por dolo, mala fe o culpa grave del Asegurado, sus apoderados, beneficiarios o personas por quienes sea civilmente responsable.
2. Derivados de cualquier delito que cuente con la participación directa del Asegurado, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado, así como de un empleado, dependiente o sirviente del Asegurado.
3. Derivados de hechos que la ley califica como conductas o delitos de terrorismo.
4. Derivados de violación de cualquier ley, disposición o reglamento de cualquier autoridad constituida, sea internacional, federal, estatal, municipal, o local.
5. Patrimoniales distintos a los que se definen en la descripción de las coberturas contratadas.

Sección 6. Coberturas por diagnóstico.  
Sección 6.1. Diagnóstico de graves enfermedades.

**1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.**

La **Aseguradora** pagará al **Asegurado**, la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que el **Asegurado** sea diagnosticado formalmente y por primera vez en su vida, dentro del plazo de **Vigencia** del **Certificado Individual** y siempre que haya transcurrido el **Periodo de Espera**, con alguno de los siguientes eventos:

- Infarto agudo al miocardio comprometiendo más del 30% del músculo cardíaco;
- Enfermedad cerebrovascular;
- Septicemia (excepto SIDA);
- Diagnóstico de cáncer;
- Trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, médula ósea (excepto auto Trasplante) y riñones;
- Insuficiencia renal crónica.

**2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE GRAVES ENFERMEDADES.**

Quedan excluidas las enfermedades terminales originadas por:

1. Intento de suicidio, lesión dolosa o intencional.
2. La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.
3. Una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad.
4. Diagnóstico de una condición de enfermedad terminal preexistente.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo este Contrato de Seguro, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

Sección 6.2. Diagnóstico de cáncer.

**1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.**

La **Aseguradora** pagará al **Asegurado** la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que el **Asegurado** reciba el diagnóstico de cáncer maligno, formalmente y por primera vez en su vida, dentro del plazo de **Vigencia** del **Certificado Individual** y siempre que haya transcurrido el **Periodo De Espera** a excepción de lo previsto en las exclusiones aplicables a la cobertura de Diagnóstico de cáncer.

Sección 6.3. Diagnóstico de cáncer de género.

**1. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.**

**a) Cáncer femenino.**

La **Aseguradora** pagará a la **Asegurada**, la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que la **Asegurada** reciba el diagnóstico formal de cáncer maligno de mama, ovario, cervicouterino o de útero, dentro del plazo de **Vigencia** del **Certificado Individual** y siempre que haya transcurrido el **Periodo De Espera** a excepción de lo previsto en las exclusiones aplicables a la cobertura de Diagnóstico de cáncer de género. La cobertura sólo aplica para el primer diagnóstico en la vida de la **Asegurada**.

La **Aseguradora** pagará al **Asegurado**, la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que el **Asegurado** reciba el diagnóstico formal de cáncer maligno de próstata, pulmones o testículos, dentro del plazo de **Vigencia** del **Certificado Individual** y siempre que haya transcurrido el **Periodo De Espera** a excepción de lo previsto en las exclusiones aplicables a la cobertura de Diagnóstico de cáncer de género. La cobertura sólo aplica para el primer diagnóstico en la vida del **Asegurado**.

**EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE DIAGNÓSTICO DE CANCER Y DE CANCER DE GÉNERO.**

Este seguro no ampara:

1. Cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis);
2. Tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo o In Situ (en sitio);

3. El sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y;
4. Otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

## Sección 7. Beneficios

### Sección 7.1. Beneficios de enfermedades terminales. Últimos gastos.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Mediante este beneficio y siempre que el **Asegurado** haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la **Compañía** proporcionará el anticipo de un porcentaje del remanente entre la **Suma Asegurada** contratada para la cobertura Básica por Muerte y el saldo insoluto del crédito 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% del remanente entre la **Suma Asegurada** correspondiente a la cobertura Básica por Muerte y el saldo insoluto del crédito 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.

Las enfermedades cubiertas son:

- Infarto agudo al miocardio;
- Diagnóstico de cáncer;
- Enfermedad cerebrovascular;
- Insuficiencia Renal crónica;
- Trasplante de órganos vitales;
- Parálisis y paraplejía.

### Sección 7.2. Beneficio de gastos funerarios.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Mediante este beneficio y siempre que el **Asegurado** haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la **Compañía** proporciona el anticipo de un porcentaje del remanente entre la **Suma Asegurada** contratada para la cobertura Básica por Muerte y el saldo insoluto del crédito 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. 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 30% del remanente entre la **Suma Asegurada** correspondiente a la cobertura Básica por Muerte y el saldo insoluto del crédito que cubre el **Certificado Individual**, con un tope máximo de 70 Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensual.

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

## Sección 8. Condiciones Generales

Las siguientes cláusulas constituyen las Condiciones Generales aplicables a todas las coberturas:

#### 1ª. PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO.

Esta **Póliza**, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos y certificados individuales y las cláusulas adicionales 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**.

#### 2ª. SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

Es el límite máximo de responsabilidad de la **Compañía** por cada **Asegurado** y para cada cobertura, a consecuencia de un siniestro amparado que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, **Certificado Individual**, endosos, condiciones particulares, generales y especiales de la **Póliza**.

La **Suma Asegurada** podrá pactarse como una cantidad fija o bien con límite en el saldo insoluto del crédito según se indique en la carátula de la **Póliza y/o Certificado Individual**.

En caso de que el **Contratante** requiera para alguno o varios **Asegurados** una **Suma Asegurada** que exceda la **Suma Asegurada** máxima sin requisitos contratada, deberá solicitarlo a la **Compañía** y esta comunicará por escrito cuales son las pruebas médicas que deberán presentarse. Una vez presentadas y analizadas las pruebas médicas, la **Compañía** informará por escrito al **Contratante**, en su caso, la aceptación de la **Suma Asegurada** en exceso a la **Suma Asegurada** máxima sin requisitos, aceptada para cada una de las coberturas.

### **3ª GRUPO ASEGURABLE.**

Está constituido por el conjunto de personas deudoras del **Contratante** en virtud de la celebración y firma de una operación de crédito derivada de su giro principal, cuyas características se mencionan específicamente en la carátula de la **Póliza** y siempre que reúna los requisitos establecidos en el **Reglamento del Seguro de Grupo**.

### **4ª GRUPO ASEGURADO.**

El Grupo Asegurado es el conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la **Compañía** por conducto del **Contratante**, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la **Póliza**, y han sido aceptados por la **Compañía**.

### **5ª INGRESOS POSTERIORES AL GRUPO ASEGURADO.**

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

Cuando la **Compañía** exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contados 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.

### **6ª OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.**

El **Contratante** y los **Asegurados** están obligados a declarar por escrito a la **Compañía**, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la **Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del **Siniestro**.

### **7ª DISPUTABILIDAD.**

Este contrato, dentro del primer año de su **Vigencia**, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que proporcione el **Contratante** y 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 se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

En caso de rehabilitación de la **Póliza** o de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que dicha rehabilitación sea aceptada por la **Compañía**.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes el Contrato será indisputable por omisiones e inexactas declaraciones.

### **8ª SUICIDIO.**

La **Compañía** estará obligada, aun en caso de suicidio del **Asegurado**, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la **Compañía** sólo estará obligada a devolver la parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del grupo asegurado al cual corresponda el certificado individual.

### **9ª MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.**

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito mediante endoso o cláusula adicional, y sean hechas por funcionarios de la **Compañía** autorizados expresamente para ello.

Todas las notificaciones del **Contratante** o de los **Asegurados** a la **Compañía** deberán hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, el cual se indica en la carátula de la **Póliza**. 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.

*“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 se 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. Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

### **10ª CARENCIA DE RESTRICCIONES.**

El presente contrato no está sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, ocupación o viajes y en general al género de vida de los **Asegurados**, salvo las restricciones que se encuentren estipuladas en las coberturas y beneficios adicionales, en caso de que se hayan contratado.

### **11ª DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.**

En la designación de beneficiarios se aplicará lo siguiente:

1. El **Contratante** es el Beneficiario irrevocable de esta póliza, para la Cobertura Básica por Muerte, las Coberturas por Invalidez y la Cobertura por Desempleo, en virtud de que el objeto del seguro es garantizar créditos concedidos por el **Contratante**, hasta por el saldo insoluto correspondiente, en caso de la realización del siniestro.
2. La designación de Beneficiario en favor del **Contratante** le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la **Suma Asegurada** convenida, en su caso.
3. El **Asegurado** o sus causahabientes tendrán derecho a exigir a la **Compañía** que pague al **Contratante** como beneficiaria del seguro, el importe del saldo insoluto amparado por el seguro, más sus accesorios, en su caso.
4. La **Compañía** se obliga a notificar al **Asegurado** cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que esté 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, en su caso. Al efecto, El **Asegurado** deberá informar su domicilio a la **Compañía**, para que esta, llegado el caso, le notifique las decisiones señaladas anteriormente. No obstante, lo anterior, debe tomarse en consideración que los efectos de un contrato de seguro, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cesan automáticamente a las doce horas del último día del plazo de gracia concedido para su pago.
5. En el supuesto de que en el contrato de seguro se pacte una **Suma Asegurada** convenida y ésta exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al **Asegurado**, a los beneficiarios designados distintos del **Contratante**, a la **Designación Sustituta de Beneficiarios**, o a la sucesión legal del **Asegurado**, según corresponda. En este supuesto de contratación, el **Asegurado** tendrá derecho a designar beneficiarios para el caso de que, una vez pagado al **Contratante** el importe del saldo insoluto exista un remanente, designación que se realizará conforme a lo siguiente:
  - a. Cada miembro del grupo es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.
  - b. En cualquier momento, el **Asegurado** podrá revocar la designación de beneficiarios, dando aviso por escrito a la **Compañía**, sobre su decisión y remitirá su certificado para la anotación correspondiente.
  - c. En caso de que el **Asegurado** haya notificado uno o más cambios de beneficiario, la **Compañía** solo tomará en cuenta el último del que haya tenido conocimiento expreso.
  - d. Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la **Compañía** paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.

- e. El derecho de revocación cesará cuando el **Asegurado** haga renuncia de él, haciéndolo constar en el **Certificado** correspondiente, comunicándolo al beneficiario y a la **Compañía** por escrito.
- f. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere beneficiarios designados o hubieren desaparecido, el importe remanente del seguro, en su caso, se cubrirá a la **Designación Sustituta de Beneficiarios**, o a la sucesión legal del **Asegurado**.

### **12ª CERTIFICADOS INDIVIDUALES.**

La **Compañía** expedirá y enviará al **Contratante**, para que éste los entregue a los **Asegurados, Certificados Individuales** que expresarán los siguientes datos:

1. Nombre, teléfono y domicilio de la **Compañía**;
2. Firma del funcionario autorizado de la **Compañía**;
3. Operación de seguro, número de la **Póliza** y del **Certificado**;
4. Nombre del **Contratante**;
5. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del **Asegurado**;
6. Fecha de **Vigencia** de la **Póliza** y del **Certificado**;
7. **Suma Asegurada** o reglas para determinarla en cada beneficio;
8. Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
9. La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo.

En caso de tratarse de una **Póliza** autoadministrada será obligación del **Contratante** hacer del conocimiento del **Asegurado** la información antes mencionada. En todos los casos, el **Asegurado** podrá solicitar a la **Compañía** el **Certificado** correspondiente.

### **13ª REPORTE DE MOVIMIENTOS.**

El **Contratante** debe reportar los movimientos de alta y los de baja de **Asegurados**, así como el aumento y disminución de beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha que ocurran, salvo convenio específico. Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de la **Compañía**, conforme a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten.

Las personas que se separen definitivamente del **Grupo Asegurado** dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta **Póliza**, dejando de pertenecer al **Grupo Asegurado**, y los **Beneficios** para ellas cesarán desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el **Certificado Individual** expedido. En este caso, la **Compañía** restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En caso de que se haya contratado alguna cobertura de invalidez total y permanente, y la causa de la baja sea por motivo del riesgo cubierto por esta cobertura, sus efectos se iniciarán conforme a lo previsto específicamente.

### **14ª EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS.**

Quedan excluidos de pago:

1. Los créditos a cargo de deudores persona moral.
2. Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
3. Cualquier siniestro del Deudor Solidario, a menos que se hubiese asegurado expresamente y pagado la prima respectiva.

### **15ª 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 de la **Póliza** de grupo a la **Compañía**.

### **16ª AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.**

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

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

#### 17ª PRIMA.

La prima a cargo del **Asegurado** se regirá conforme a las siguientes reglas:

1. La prima del grupo deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada una 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.
2. 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. 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**.
3. La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el **Asegurado** ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el **Asegurado** y la **Compañía** a la fecha de celebración del contrato.
4. El **Contratante** y/o **Asegurado** gozará de un periodo de un plazo de gracia, de 30 días naturales contados a partir del vencimiento de la prima, para liquidar la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades. Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día del período de gracia convenido, si el **Asegurado** no hubiese cubierto el total de la prima o de la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades. Las horas señaladas en esta fracción serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.
5. La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la **Compañía** contra entrega del recibo correspondiente.
6. En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la **Vigencia** del **Certificado Individual**, y siempre que esté transcurriendo el periodo de gracia, la **Compañía** podrá deducir de la indemnización debida al beneficiario, el total de la prima que se encuentre pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.
7. La obligación del pago de primas será del **Contratante**.
8. En caso de alta o baja de **Asegurados**, o de aumento o disminuciones de beneficios adicionales, la **Compañía** cobrará o devolverá al **Contratante** 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.

#### 18ª RENOVACIÓN.

La **Compañía** podrá renovar el contrato de seguro de grupo, de conformidad con lo siguiente:

1. El **Contratante** deberá solicitar la renovación a más tardar dentro de los 30 días anteriores a la terminación de **Vigencia** del contrato anterior.
2. La renovación será procedente cuando la temporalidad del seguro sea de un año o de plazos menores y siempre que se reúnan los requisitos del **Reglamento de Seguro de Grupo** en la fecha de vencimiento del contrato.
3. **En cada renovación del Seguro se respetarán los mismos términos y condiciones contratados originalmente, con excepción de las primas, las cuales podrán incrementarse ya que se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las notas técnicas respectivas; en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.**
4. La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- A. La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- B. Los **Periodos De Espera** no podrán ser modificados en perjuicio del **Asegurado**.
- C. Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del **Asegurado**.
- D. La **Compañía** no podrá condicionar la continuidad de la atención del siniestro a la renovación de la póliza.
- E.

#### **19ª REHABILITACION.**

No obstante, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

1. La **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 17ª Prima.
2. 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.
3. El **Contratante**, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la **Compañía** el importe de la prima o primas vencidas.
4. La **Compañía**, en caso de considerarlo procedente, emitirá el endoso de rehabilitación, señalando el día y hora a partir del cual surtirá efectos la misma.
5. 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.

#### **20ª RECLAMACIONES.**

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.

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. La obstaculización por parte del **Contratante**, del **Asegurado**, o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, dará derecho a la **Compañía** a rechazar la reclamación presentada por el reclamante.

#### **21ª INDEMNIZACIÓN.**

En caso de ser procedente el siniestro, la **Compañía** pagará a el beneficiario designado, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

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

#### **22ª EDAD.**

Los límites de edades de admisión fijados por la **Compañía** se establecerán en la carátula de la **Póliza**.

En caso de no establecerse, por omisión se considerarán las siguientes edades:

<b>Cobertura por:</b>	<b>Edades de Admisión</b>	<b>Edad Máxima de Renovación</b>	<b>Edad de Cancelación</b>
Fallecimiento	15 años a 99 años	99 años	100 años
Invalidez	15 años a 69 años	69 años	70 años
Desempleo	15 años a 70 años	70 años	71 años
Accidente	15 años a 70 años	70 años	71 años
Diagnóstico	15 años a 70 años	70 años	71 años

<b>Beneficio de:</b>	<b>Edades de Admisión</b>	<b>Edad Máxima de Renovación</b>	<b>Edad de Cancelación</b>
Enfermedades Terminales	15 años a 70 años	99 años	100 años
Gastos Funerarios	15 años a 99 años	99 años	100 años

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del **Asegurado** y ésta se encuentra en los límites de edad admitidos, la **Compañía** pagará la cantidad que resulta

de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del **Asegurado** en el último aniversario de la póliza.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro del grupo se descubre que hubo falsedad 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. En este caso, se ajustará la prima por el período que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del **Asegurado**, la empresa 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 empresa, pero en este caso se devolverá al **Asegurado** la parte no devengada de la última prima pagada que le corresponda en la fecha de su rescisión. En caso de que, al renovarse una **Póliza**, el **Asegurado** exceda el límite de edad de admisión, pero se encuentre dentro de los límites de renovación pactados en la carátula, en su caso, únicamente quedarán amparados los beneficios que queden dentro de los límites de edad.

### **23ª PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.**

De acuerdo con las características del **Grupo Asegurado**, la **Compañía** podrá otorgar dividendos por siniestralidad favorable en la modalidad de experiencia propia, y asimismo se reserva la posibilidad de no ofrecer la participación de las utilidades al contratante, lo cual será estipulado en la documentación contractual correspondiente.

Se podrán otorgar dividendos por experiencia propia cuando:

- a. La temporalidad sea igual a un año.
- b. El número de integrantes de la póliza o grupo de pólizas no podrá ser inferior a mil asegurados al inicio de la vigencia del contrato.
- c. Por las características propias de grupo o condiciones de contratación así lo amerite.

La determinación de los dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

- a. En caso de experiencia propia, al finalizar la vigencia de la Póliza.;
- b. El cálculo de los dividendos a pagar se realizará en la fecha señalada anteriormente, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes.
- c. Los dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. 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**. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar dividendos.

La **Compañía** no realizará pagos por concepto de dividendos que deriven de una experiencia favorable en siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al **Asegurado**, beneficiario o **Contratante** de la póliza, según se convenga en la carátula de la **Póliza**.

Los dividendos, en caso de corresponder al Contratante, podrán ser pagados mediante alguna de las siguientes opciones a elección del contratante:

1. Pago en efectivo
2. Aplicado a la prima de la siguiente vigencia

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.

### **24ª: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.**

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

1. Los **Consentimientos Individuales** respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.
2. El ingreso al grupo de integrantes nuevos.
3. La separación definitiva de integrantes del grupo asegurado.
4. 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, y;
5. 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.

La información y/o documentación deberá proporcionarse a la **Compañía**, por escrito, dentro del término de quince días naturales contados a partir de que se realice el evento que les de origen, con excepción de cuando se requiera para alguno de los nuevos integrantes una **Suma Asegurada** que exceda la **Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos**.

En caso de que el **Contratante** omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada no surtirán efecto los ingresos, cambios o modificaciones que se pretendan. Las obligaciones contenidas en esta cláusula se modificarán en caso de que se pacte el sistema autoadministrado en términos de la cláusula 26ª.

#### **25ª SISTEMA AUTOADMINISTRADO.**

En caso de que en la carátula de la **Póliza** se haya pactado que el sistema de la **Póliza** es autoadministrado, se aplicará lo siguiente:

1. El **Contratante** se encargará de administrar la documentación e información relacionada con la **Póliza** de seguro de grupo.
2. El **Contratante** se encuentra obligado a hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento de Seguro de Grupo.
3. Los movimientos de altas y bajas tendrán que reportarse a la **Compañía**, en el plazo que se estipule en la carátula, estando obligado el propio **Contratante** a llevar un registro de dichos movimientos.
4. Para los ingresos al grupo posteriores a la fecha de emisión, el **Contratante** podrá registrar al **Asegurado** en la póliza informándolo hasta el fin del periodo a reportar, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: que el prospecto de **Asegurado** requiera el consentimiento al ingresar al grupo; que la **Suma Asegurada** cumpla con la regla establecida en la carátula de la póliza y no exceda el límite máximo (según sea el caso), mencionado en la carátula de la **Póliza**; que el prospecto de **Asegurado** cumpla con los límites de edad mínimos y máximos para las coberturas contratadas.
5. La **Compañía** tendrá acceso, en todo momento, a la información y documentación manejada por el **Contratante** en relación con la Administración de la **Póliza** a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento de Seguro de Grupo, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros.

#### **26ª 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. En cualquier caso se deberá presentar a la Aseguradora el contrato de crédito celebrado y firmado entre el **Contratante** y el **Asegurado**.

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.

#### **27ª 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 haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al beneficiario, un interés de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

#### **28ª VIGENCIA.**

La **Vigencia** de la **Póliza** se inicia y concluye a las 12.00 hrs (mediodía) de las fechas especificadas como inicio y conclusión de **Vigencia** en la carátula de la **Póliza**.

La **Vigencia** de la **Póliza**, en relación con cada **Certificado Individual**, concluye también por pago del crédito al **Contratante** o por cesión del crédito a un tercero que no forme parte del Grupo Asegurado.

### **29ª PRESCRIPCIÓN.**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, en dos años en los demás casos, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen; salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

### **30ª 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.

### **31ª 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 Institución Financiera 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.

### **32ª COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TITULO 4, CAPÍTULO 4.5, DISPOSICIÓN 4.5.2.)**

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.

### **33ª. CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.**

Las obligaciones de La **Compañía** quedarán extinguidas:

1. Si el **Asegurado**, el beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran, en relación con el **Siniestro**, inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
2. Si con igual propósito no entregan en tiempo a La **Compañía**, la documentación de que trata la cláusula de Procedimiento para el caso de **Siniestro** de esta **Póliza**.
3. Si hubiere en el **Siniestro** actos dolosos o culpa grave de El **Asegurado**, Beneficiarios o sus respectivos Causahabientes.

### **34ª. LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN.**

La **Compañía** hará el pago de la indemnización, en caso de ser procedente, en sus oficinas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

### **35ª. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.**

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 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.

Cuando la **Compañía** solicite la terminación del contrato, lo hará mediante notificación escrita al **Contratante**, efectuada en forma personal en la última dirección proporcionada, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de realizada la notificación y la **Compañía** devolverá la parte de la prima en forma proporcional al tiempo de **Vigencia** no transcurrido, a más tardar al hacer la notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. Lo mismo se aplicará en caso de que la **Compañía** solicite la terminación anticipada de una o varias de las coberturas o riesgos adicionales contratados.

No obstante, lo anterior, debe tomarse en consideración que los efectos de un contrato de seguro, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cesan automáticamente a las doce horas del último día del plazo de gracia concedido para su pago, sin necesidad de notificación al **Contratante** o **Asegurado**.

### **36ª. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.**

En cumplimiento al artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se inserta textualmente el artículo 25 del mismo ordenamiento Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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.

### **37ª. PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA A CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO.**

En caso de que El **Contratante** haya elegido de forma voluntaria como medio de pago la domiciliación bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta bancarios se vea reflejada la retención o cargo de la **Prima** del Seguro contratado. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir a su agente de seguros o avisar directamente a La **Compañía** para reportarlo, ya que, si dentro de los treinta días naturales posteriores al vencimiento de la **Prima** no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato de Seguro.

Si después de aparecer el primer cargo en el estado de cuenta, los pagos se interrumpen por más de 30 días naturales, cualquiera que sea la causa, la **Compañía** tendrá el derecho de efectuar la terminación anticipada del Contrato o cancelación del mismo por falta de pago.

Cuando por falta de fondos no se pudiera efectuar el cargo pactado, la Compañía le solicitará a la institución bancaria o departamental que efectúe en el cargo del próximo periodo el cargo del pago no efectuado del periodo anterior, de no lograrse nuevamente el cargo, se efectuará la terminación anticipada del contrato o cancelación por falta de pago.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la **Póliza** en caso de no recibir el pago de la **Prima** conforme a lo estipulado en este Contrato:

- a. Cancelación del instrumento bancario no notificado a La **Compañía**;
- b. Reposición de tarjeta (s) de crédito no notificada(s) a La **Compañía**.
- c. Por rechazo bancario.
- d. Falta de fondos o crédito.
- e. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo.

### **38ª. ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.**

La **Compañía** se obliga a entregar la documentación contractual consistente en la **Póliza**, condiciones generales, **Endosos** y demás documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro.

Dicha entrega se realizará por escrito o bien, a elección del contratante se podrá realizar a través del correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el **Contratante** al momento de la contratación a través del llenado del formato denominado "Consentimiento para entrega Electrónica de documentación Contractual". En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el **Contratante** no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su póliza podrá acceder a las condiciones generales a través del portal de internet en el sitio web: <https://zurich.com.mx>,

o bien llamando al número telefónico indicado en la carátula de la **Póliza**, en cuyo caso la **Compañía** podrá entregar la documentación contractual por alguno de los siguientes medios:

1. Correo certificado al domicilio registrado al momento de la contratación;
2. Acudiendo personalmente a cualquiera de las sucursales de la **Compañía**;

### **39ª. ARBITRAJE**

Las Partes acuerdan el 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 hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

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

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

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**.

### **40ª. PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. , con domicilio en 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, se compromete a tratar los datos personales de persona física (**Contratante** y/o **Asegurado** y/o Beneficiario y/o Representantes) que hayan sido recabados o que se recaben en el futuro con motivo de la celebración del presente contrato de seguro, con la finalidad de realizar la adecuada prestación de servicios y desarrollo de operaciones, lo que incluye, en general, fines de identificación, operación, administración y comercialización, los cuales se indican con más amplitud en el Aviso de Privacidad completo localizado en la página de Internet <https://zurich.com.mx>. El **Contratante** y/o **Asegurado**, con la celebración del contrato de seguro, autoriza a Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., a administrar sus datos personales y a transferir los mismos a terceros nacionales o extranjeros, exclusivamente para los propósitos anteriormente mencionados, en el entendido de que los datos de carácter sensible requieren consentimiento por escrito. El Titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación reconocidos en la legislación sobre protección de datos, mediante solicitud presentada en la dirección de correo electrónico [unidad.especializada@mx.zurich.com](mailto:unidad.especializada@mx.zurich.com) o bien en el domicilio de La Compañía.

En caso de que los datos personales hayan sido proporcionados por persona distinta del Titular de los mismos, el **Contratante** se obliga a informar al Titular las finalidades del tratamiento antes indicadas, y que puede ejercitar ante La **Compañía**. los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación, lo anterior independientemente de las medidas compensatorias que, de conformidad con la legislación aplicable, deba instrumentar Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

### **41ª. CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.**

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La **Compañía**, 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 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 a 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal 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 si el nombre del (los) **Contratante(s), Asegurado(s)** o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por La **Póliza** o sus nacionalidades es (son) publicado(s) 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 disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones de El Contrato de Seguro serán restauradas una vez La **Compañía** tenga conocimiento de que el nombre del (de 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.**

#### 42ª. ARTÍCULOS TRANSCRITOS

##### LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

**Artículo 19.-** Para fines de prueba, el Contrato de Seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

**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.

**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.

##### LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

**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:

- II. 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
- III. 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.

## SECCIÓN 9. QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO

En caso de **Siniestro**, se procederá conforme a lo indicado en la presente sección.

### AVISO DE SINIESTRO

Al ocurrir algún **Siniestro** que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este contrato de seguro, 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 este contrato, deberán ponerlo en conocimiento de la **Compañía**, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en que el **Asegurado** o el **Beneficiario**, podrá comunicarlo a la **Compañía** tan pronto desaparezca el impedimento. Cuando el **Asegurado** o el beneficiario no cumplan con la obligación anterior, la **Compañía** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

### Pago de reclamaciones

Las indemnizaciones procedentes se pagarán de acuerdo a las condiciones generales y coberturas de la **Póliza** a la fecha de ocurrencia del siniestro, una vez presentada la documentación necesaria para la acreditación de la procedencia del mismo.

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 empleado de tiempo completo bajo un contrato por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionista que labore en forma independiente, quedará amparado solo bajo la cobertura de Desempleo Involuntario de Empleados.

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 involuntario de empleados:

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 cobró 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 períodos de Desempleo Involuntario menores a un mes se realizará por la mensualidad completa.

**b. Cobertura de incapacidad total para trabajar del autoempleado:**

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 períodos 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.

**Deducciones**

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

La **Compañía** se reserva el derecho de realizar todas las indagaciones o investigaciones relacionadas que considere pertinentes para determinar las circunstancias de su realización y consecuencias, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, La **Compañía** podrá solicitar documentación adicional de conformidad con lo previsto en el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de Septiembre de 2020 con el número CNSFS0037- 0229-2020/CONDUSEF -004418-01**

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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**10. Documentos Adicionales.**

---

## **Derechos Básicos del Cliente**

### **Derechos básicos del cliente (Asegurado o Beneficiario) en caso de siniestro con tu póliza de seguro con Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. (en adelante Zurich México).**

En Zurich México siempre buscamos la protección de nuestros clientes, por lo que queremos orientarte en caso de que hagas uso de tu seguro. Es por ello que a continuación te informamos los derechos que tienes como cliente durante la relación que tengas con nosotros:

- I. Los derechos antes y durante la contratación del seguro, a:**
  - b)** Solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales;
  - c)** Solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF;
  - d)** Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato, y
  - e)** Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado, y
  
- II. Los derechos cuando ocurra el siniestro, a:**
  - a)** Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
  - b)** Saber que en los seguros de daños toda indemnización que la Institución de Seguros pague reduce en igual cantidad la suma asegurada, pero ésta puede ser reinstalada previa aceptación de la Institución de Seguros y a solicitud del asegurado, quien deberá pagar la prima correspondiente;
  - c)** Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas;
  - d)** Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje, y
  - e)** Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de Septiembre de 2020 con el número CNSFS0037- 0229-2020/CONDUSEF -004418-01**

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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

## **AVISO DE PRIVACIDAD**

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. con domicilio 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 hace de su conocimiento que sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, 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, 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 (11), quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse (V) 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 (36).

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad (111). El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición (IV) - a partir del 6 de enero de 2012- (Cuarto Transitorio) Y la revocación del consentimiento (8) deberá realizarse por escrito en la dirección citada, o a través de la página <https://zam.zurich.com.mx>. El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página <https://zurich.com.mx>, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted (VI).

NOTA: Las referencias en números romanos se refieren a las fracciones del Artículo 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de septiembre de 2020 con el número CNSFS0037- 0229-2020/CONDUSEF -004418-01**

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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**REFERENCIAS** Las abreviaturas de uso no común mencionadas en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultadas en: <https://zurich.com.mx/esmx/referencias>

## **Consentimiento expreso de uso y transferencia de datos sensibles y financieros**

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. 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 Tel 52840705

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://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 18 de septiembre de 2020 con el número CNSFS0037- 0229-2020/CONDUSEF -004418-01**

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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**REFERENCIAS** Las abreviaturas de uso no común mencionadas en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultadas en: <https://zurich.com.mx/esmx/referencias>