

Seguro de Vida Grupo Saldo Deudor

CONDICIONES GENERALES

Junio 2016

ÍNDICE

| | | |
|-------|---|---|
| 1º. | DEFINICIONES..... | 4 |
| 1.1. | Accidente..... | 4 |
| 1.2. | Asegurado:..... | 4 |
| 1.3. | Aseguradora y/o Compañía: | 4 |
| 1.4. | Auto Empleado: | 4 |
| 1.5. | Certificado:..... | 4 |
| 1.6. | Contratante: | 4 |
| 1.7. | Consentimiento:..... | 4 |
| 1.8. | Crédito:..... | 4 |
| 1.9. | Deudor Solidario:..... | 4 |
| 1.10. | Dividendos:..... | 4 |
| 1.11. | Empleado:..... | 4 |
| 1.12. | Endoso:..... | 4 |
| 1.13. | Enfermedad: | 5 |
| 1.14. | Evento:..... | 5 |
| 1.15. | Exclusiones: | 5 |
| 1.16. | Institución de Seguridad Social: | 5 |
| 1.17. | Integrante:..... | 5 |
| 1.18. | Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente: | 5 |
| 1.19. | Patrón:..... | 5 |
| 1.20. | Periodo Activo Mínimo:..... | 5 |
| 1.21. | Periodo de Eliminación:..... | 6 |
| 1.22. | Plazo Máximo de Responsabilidad: | 6 |
| 1.23. | Saldo Insoluto: | 6 |
| 1.24. | Siniestro:..... | 6 |
| 1.25. | Suma Asegurada: | 6 |
| 1.26. | Reglamento del Seguro de Grupo:..... | 6 |
| 2º. | OBJETO DEL SEGURO. | 6 |
| 3º. | CONTRATO. | 6 |
| 4º. | GRUPO ASEGURABLE. | 6 |
| 5º. | GRUPO ASEGURADO. | 6 |
| 6º. | INGRESOS POSTERIORES AL GRUPO ASEGURADO. | 6 |
| 7º. | OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES..... | 7 |
| 8º. | DISPUTABILIDAD. | 7 |
| 9º. | SUICIDIO. | 7 |

| | | |
|------|--|----|
| 10º. | MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES..... | 7 |
| 11º. | CARENCIA DE RESTRICCIONES..... | 8 |
| 12º. | DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS..... | 8 |
| 13º. | CERTIFICADOS INDIVIDUALES..... | 8 |
| 14º. | REGISTRO DE ASEGURADOS. | 9 |
| 15º. | REPORTE DE MOVIMIENTOS..... | 9 |
| 16º. | EXCLUSIONES..... | 9 |
| 17º. | CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS. | 9 |
| 18º. | SUMA ASEGURADA..... | 9 |
| 19º. | AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA..... | 10 |
| 20º. | PRIMA..... | 10 |
| 21º. | RENOVACIÓN..... | 10 |
| 22º. | REHABILITACION..... | 11 |
| 23º. | RECLAMACIONES..... | 11 |
| 24º. | INDEMNIZACIÓN..... | 11 |
| 25º. | EDAD..... | 11 |
| 26º. | PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES..... | 12 |
| 27º. | OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE..... | 12 |
| 28º. | SISTEMA AUTOADMINISTRADO..... | 13 |
| 29º. | COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO..... | 13 |
| 30º. | INDEMNIZACIÓN POR MORA..... | 13 |
| 31º. | VIGENCIA..... | 13 |
| 32º. | PRESCRIPCIÓN..... | 14 |
| 33º. | MONEDA..... | 14 |
| 34º. | COMPETENCIA..... | 14 |
| 35º. | COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TITULO 4, CAPÍTULO 4.5, DISPOSICIÓN 4.5.2.)..... | 14 |
| 36º. | PROTECCIÓN DE DATOS..... | 14 |
| II. | COBERTURAS..... | 15 |
| 1. | COBERTURA BÁSICA POR MUERTE..... | 15 |
| 2. | COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ..... | 15 |
| 3. | COBERTURAS ADICIONALES POR DESEMPLEO..... | 17 |
| 4. | COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS..... | 21 |

1º. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro.

1.1. Accidente

Se entiende por Accidente 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 del mismo. No se considerarán Accidentes las lesiones intencionalmente causadas por el ASEGURADO.

1.2. Asegurado:

Es la persona física miembro del Grupo Asegurado, sujeto a los riesgos amparados por la póliza respectiva y al cual el CONTRATANTE le ha otorgado directamente un Crédito como Acreditado Titular. También será considerado Asegurado al Deudor Solidario del Asegurado.

1.3. Aseguradora y/o Compañía:

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

1.4. Auto Empleado:

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.

1.5. Certificado:

A los certificados individuales de seguro de grupo;

1.6. Contratante:

A la persona física o moral que celebre el contrato de Seguro de Grupo con la COMPAÑÍA.

1.7. Consentimiento:

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

1.8. Crédito:

Es el otorgado por el CONTRATANTE al Asegurado en virtud de una operación de crédito derivada de su giro principal.

1.9. Deudor Solidario:

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 será considerado Asegurado.

1.10. Dividendos:

Al 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.

1.11. Empleado:

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

1.12. Endoso:

Documento emitido por la COMPAÑÍA que modifica: bases, términos y condiciones de la póliza; y forma parte de la misma. Lo señalado en estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales y Particulares en todo aquello que se contraonga.

1.13. 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.

1.14. Evento:

Es la ocurrencia del riesgo amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del seguro. Se entenderá por un solo evento, el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

1.15. Exclusiones:

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

1.16. 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.

1.17. Integrante:

A cualquier persona que forme parte del Grupo;

1.18. Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente:

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

1.18.1 Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, 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

1.18.2 El ASEGURADO haya hecho gastos, comprobables documentalente, 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 arbitraje independiente. Los gastos del trámite de arbitraje serán a cargo de COMPAÑÍA y gratuitos para el ASEGURADO. Dicho arbitraje puede ser propuesto ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por lo que las bases del mismo, en su caso, las fijará dicha autoridad. El laudo firme que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

1.19. Patrón:

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.

1.20. Período Activo Mínimo:

Es el período posterior inmediato a la fecha de la contratación inicial de las Coberturas Adicionales por Desempleo y durante el cual el ASEGURADO no puede hacer uso de la(s) misma(s). El Período Activo Mínimo para cualquiera de las Coberturas de Desempleo contratadas es de un mes. En caso de que la Póliza no sea renovada y, con posterioridad, el ASEGURADO contrate nuevamente este Seguro, deberá cumplir otra vez con el Período Activo Mínimo.

1.21. 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 subsistan. El Período de Eliminación para las Coberturas antes mencionadas es de 30 días naturales. Este periodo únicamente puede aplicar una vez vencido el Periodo Activo Mínimo.

1.22. Plazo Máximo 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. El Plazo Máximo de Responsabilidad será el establecido en la Carátula de la Póliza.

1.23. Saldo Insoluto:

Monto pendiente de pago del crédito original otorgado por el CONTRATANTE al ASEGURADO, al momento del siniestro, sin incluir intereses moratorios generados con anterioridad o posterioridad al mismo, ni penas convencionales, ni gastos de ejecución.

1.24. Siniestro:

Es la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro cuyos efectos dañosos se encuentran cubiertos en éste, hasta el Límite Máximo de Responsabilidad contratado.

1.25. 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.

1.26. Reglamento del Seguro de Grupo:

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

2º. OBJETO DEL SEGURO.

La COMPAÑÍA se obliga a indemnizar al CONTRATANTE, hasta por el importe del Saldo Insoluto del Crédito del ASEGURADO, en caso de la realización del siniestro a causa de cobertura amparada.

Si un ASEGURADO tuviere en vigor más de un Crédito con la CONTRATANTE, la COMPAÑÍA únicamente pagará la Suma Asegurada por cada Crédito por el que se haya pagado la prima.

3º. 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.

4º. 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, siempre que reúna los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo.

5º. 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.

6º. 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.

7º. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.

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

Las respuestas del ASEGURADO a su cuestionario respectivo no han sido consideradas para la selección de riesgo, ya que el contrato se suscribe sin examen médico (con la excepción expresa consignada en la cláusula 6ª) sin embargo, el ASEGURADO se encuentra obligado a responder dicho cuestionario en forma fidedigna, toda vez que cualquier omisión o inexacta declaración en el mismo, lo hará disputable en los términos de la cláusula 8ª.

8º. 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.

9º. SUICIDIO.

En caso de muerte por suicidio del ASEGURADO ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del Certificado Individual, contado a partir de su fecha de emisión o, en su caso, de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del ASEGURADO, la COMPAÑÍA no estará obligada al pago de la suma asegurada. 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.

10º. 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.

11º. 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 los Beneficios Adicionales, en caso de que se hayan contratado.

12º. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

12.1 El CONTRATANTE es el Beneficiario irrevocable de esta póliza, 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.

12.2 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.

12.3 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.

12.4 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.

12.5 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 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:

12.5.1 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.

12.5.2 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.

12.5.3 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.

12.5.4 Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Institución paga el importe del seguro al último Beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.

12.5.5 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.

12.5.6 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 sucesión legal del ASEGURADO.

13º. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La COMPAÑÍA expedirá y enviará al CONTRATANTE, para que éste los entregue a los Asegurados, Certificados Individuales que expresarán los siguientes datos:

13.1 Nombre, teléfono y domicilio de la COMPAÑÍA;

13.2 Firma del funcionario autorizado de la COMPAÑÍA;

13.3 Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;

13.4 Nombre del CONTRATANTE;

13.5 Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del ASEGURADO;

13.6 Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;

- 13.7 Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- 13.8 Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- 13.9 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.

14º. REGISTRO DE ASEGURADOS.

La COMPAÑÍA llevará un Registro de Asegurados en el que consten por lo menos, los siguientes datos: Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo; Suma asegurada o regla para determinarla; Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo; Operación y plan de seguros de que se trate; Número de Certificado individual; Coberturas amparadas. A solicitud del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA deberá entregarle copia de este registro.

15º. REPORTE DE MOVIMIENTOS.

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

Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible 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 la cobertura de SEGURO POR 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.

16º. EXCLUSIONES.

Quedan excluidos de pago:

16.1 Los créditos a cargo de deudores persona moral.

16.2 Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.

16.3 Los créditos en los que la periodicidad de pago sea mayor a un año.

16.4 Cualquier siniestro del Deudor Solidario, a menos que se hubiese asegurado expresamente y pagado la prima respectiva.

17º. CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS.

Los miembros del GRUPO ASEGURADO podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro del GRUPO ASEGURADO no cubra al CONTRATANTE la parte de la prima que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo a LA COMPAÑÍA.

18º. SUMA ASEGURADA.

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, 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.

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.

19º. AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.

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

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

20º. PRIMA.

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

20.1 La prima del grupo deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

20.2 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.

20.3 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.

20.4 El 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.

20.5 La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la COMPAÑÍA contra entrega del recibo correspondiente.

20.6 En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, 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.

20.7 La obligación del pago de primas será del CONTRATANTE.

20.8 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.

21º. RENOVACIÓN.

La COMPAÑÍA podrá renovar el Contrato de Seguro de Grupo, de conformidad con lo siguiente:

21.1 El CONTRATANTE deberá solicitar la renovación a más tardar dentro de los 30 días anteriores a la terminación de vigencia del contrato anterior.

21.2 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.

21.3 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 en las notas técnicas respectivas; en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

21.4 La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

21.4.1 La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.

21.4.2 Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del ASEGURADO.

21.4.3 Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del ASEGURADO.

21.4.4 La COMPAÑÍA no podrá condicionar la continuidad de la atención del siniestro a la renovación de la póliza.

22º. REHABILITACION.

No obstante, lo dispuesto en la cláusula 20ª PRIMAS, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

22.1 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 20ª.

22.2 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.

22.3 El CONTRATANTE, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la COMPAÑÍA el importe de la prima o primas vencidas.

22.4 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.

22.5 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.

23º. 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:

24º. 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.

25º. EDAD.

Los límites de edades de admisión fijados por la COMPAÑÍA se establecen en la carátula de la póliza. 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 reserva matemática del contrato 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.

26º. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El CONTRATANTE y el ASEGURADO, en su caso, podrán o no participar de la utilidad que obtenga la COMPAÑÍA por concepto de siniestralidad favorable, debiendo establecerse en la póliza cualquiera de las siguientes opciones:

26.1 Experiencia Global: La participación en las utilidades se otorga en base a la Experiencia total de la Cartera de la COMPAÑÍA.

26.2 Sin Participación de Utilidades. Esto significa que el CONTRATANTE no participará de la utilidad por siniestralidad favorable.

26.3 Para el cálculo y pago de los Dividendos se aplicará lo siguiente:

26.3.1 Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en el porcentaje pactado de la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos y se determinarán de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica de este producto registrada ante la Comisión y lo previsto por el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Grupo;

26.3.2 La base de cálculo es la experiencia de la cartera total de la COMPAÑÍA que haya estado vigente en el periodo, del Seguro de Vida Grupo Deudores y tengan la opción de participación de utilidades Experiencia Global.

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

a) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente;

b) El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas 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.

26.3.4 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

27º. OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE.

Es obligación del CONTRATANTE, informar o entregar a la COMPAÑÍA lo siguiente:

27.1 Los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.

27.2 El ingreso al Grupo de integrantes nuevos.

27.3 La separación definitiva de Integrantes del Grupo Asegurado.

27.4 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

27.5 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 contratada, caso en el cual deberá estarse a lo previsto en la cláusula 18ª SUMA ASEGURADA.

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 28ª.

28º. 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:

28.1 El CONTRATANTE se encargará de Administrar la documentación e información relacionada con la póliza de seguro de grupo.

28.2 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.

28.3 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.

28.4 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.

28.5 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.

29º. 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.

30º. 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.

31º. 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.

32º. 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.

33º. 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.

34º. 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.

35º. COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TÍTULO 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.

36º. 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 o bien en el domicilio de Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. 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 Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. 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.

II. COBERTURAS.

Las coberturas que se describen a continuación se encuentran sujetas a lo pactado en las Condiciones Generales de la póliza.

1. COBERTURA BÁSICA POR MUERTE.

En caso de que el ASEGURADO fallezca por cualquier causa durante la vigencia de la póliza, 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 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 la Carátula, 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.

2. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ.

2.1 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Esta Cobertura aplica únicamente si su contratación aparece indicada en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

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 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 al ASEGURADO.

2.1.1 DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la póliza, 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 transcurrido el periodo de espera para esta cobertura pactado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha en que se diagnostique y dictamine dicha invalidez.

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.

2.1.2 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 en su defecto 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 un médico 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, así como, examinarlo durante el tiempo en que se encuentre gozando de los beneficios que brindan estas coberturas adicionales. 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 imponen las presentes coberturas. El médico designado por la COMPAÑÍA, que determine la improcedencia de un dictamen o la no persistencia del estado de invalidez deberá ser un especialista en la materia.

2.1.3 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 65 años o cuando expire el plazo de las coberturas 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.

2.1.4 EXCLUSIONES.

Las 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) Cancelación de licencia expedida por el gobierno federal o estatal para el ejercicio de una actividad o profesión.**
- p) Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.**
- q) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**

2.2 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

Esta Cobertura aplica únicamente si su contratación aparece indicada en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

La COMPAÑÍA pagará el monto del Saldo Insoluto a la CONTRATANTE, en su carácter de Beneficiario irrevocable, si el ASEGURADO se invalidara total y permanentemente a consecuencia de un Accidente, mientras esta póliza 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.

2.2.1 DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la póliza, 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 espera para esta cobertura pactado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha en que se diagnostique y dictamine dicha invalidez.

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.

2.2.2 APLICABLES A LA COBERTURA.

Son aplicables a esta Cobertura los numerales 2.1.2, 2.1.3 y 2.1.4 de la Cobertura Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

3. COBERTURAS ADICIONALES POR DESEMPLEO.

3.1 COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE EMPLEADOS.

Esta Cobertura aplica únicamente si su contratación aparece indicada en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

Cuando durante la vigencia del seguro, 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, siempre que hayan transcurrido los Periodos Activo Mínimo 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.

3.1.1 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 tener una antigüedad laboral mínima de 1 (un) mes en su último trabajo; y
- c) Que el Patrón del ASEGURADO esté inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes.

3.1.2 CAMBIO DE COBERTURA.

En caso que, durante la vigencia de la Póliza, 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, siempre y cuando cumpla con las características requeridas para ser considerado Auto Empleado, según los términos de la presente póliza.

3.1.3 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.

3.1.4 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.
- 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.
- f) Documentación que acredite que el ASEGURADO laboró ininterrumpidamente, al menos durante los últimos doce (12) meses anteriores al despido.
- 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.

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 Activo Mínimo.**

- 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 la Ley del Trabajo.**
- i) **Extinción de la relación laboral debido a programas anunciados (recorte de personal) por el empleador del**
- j) **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.**
- k) **Enfermedad o lesión del ASEGURADO.**
- l) **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.**
- m) **Conducta delictiva del ASEGURADO.**

3.2 COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR DEL AUTOEMPLEADO.

Esta Cobertura aplica únicamente si su contratación aparece indicada en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

Cuando durante la vigencia del seguro, el ASEGURADO Auto Empleado, sufra alguna enfermedad o accidente que le produzca una Incapacidad Total para Trabajar, la COMPAÑÍA pagará a la CONTRATANTE, siempre que hayan transcurrido los Periodos Activo Mínimo 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.

3.2.1 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:

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.

3.2.2 CAMBIO DE COBERTURA.

En caso de que, durante la vigencia de la Póliza, el ASEGURADO cambie su carácter de Auto Empleado por el de Empleado, le dejará de ser aplicable la Cobertura de Incapacidad Total para Trabajar 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.

3.2.3 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.

3.2.4 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 Auto Empleado durante

los últimos 12 meses anteriores a la ocurrencia del accidente o enfermedad que causó la Incapacidad Total para Trabajar.

- b) 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.

3.2.5 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 auto-infligida 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 viajare 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 éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos 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 Activo Mínimo.**
- 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.

3.3 EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A LAS COBERTURAS ADICIONALES POR DESEMPLEO

Este seguro no ampara daños o pérdidas:

3.1 Que sean causados por dolo, mala fe o culpa grave del Asegurado, sus apoderados, beneficiarios o personas por quienes sea civilmente responsable.

3.2 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.

3.3 Derivados de hechos que la ley califica como conductas o delitos de terrorismo.

3.4 Derivados de violación de cualquier ley, disposición o reglamento de cualquier autoridad constituida, sea internacional, federal, estatal, municipal, o local.

3.5 Patrimoniales distintos a los que se definen en la descripción de las coberturas contratadas.

4. COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS.

Esta Cobertura aplica únicamente si su contratación aparece indicada en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

Si durante la vigencia del seguro, ocurre el fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados 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.

“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, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de junio de 2016, con el número CNSF-S0037-0324-2016 / CONDUSEF-002897-03”

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

Derechos básicos como contratante, asegurado y/o beneficiario de un Seguro

¿Sabes cuáles son tus derechos antes y durante la contratación del Seguro?

_ Solicitar a los Agentes de Seguros intermediarios del contrato o a empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la **identificación** que los acredite como tales.

_ Solicitar a Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. te informe el **porcentaje de la prima** que, por concepto de **comisión** o compensación directa, corresponda al Agente o a las personas morales a que se refiere la fracción II del artículo 103 de la LISF.

_ Recibir toda la información que te permita conocer **las condiciones generales** del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como las formas de terminación del contrato.

¿Sabes cuáles son tus derechos cuando ocurra un siniestro?

_ Recibir el **pago de la indemnización** que resulte procedente, en función de la suma asegurada contratada y de los términos y condiciones de la póliza, aun cuando no se haya pagado la prima de seguro, siempre y cuando el siniestro ocurra dentro del periodo de gracia concedido en el contrato de seguro. En este caso, Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. podrá descontar la prima de la indemnización que corresponda efectuar.

_ Cobrar una **indemnización por mora** en caso de que Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., 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. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

_ Presentar, en caso de inconformidad con el tratamiento del siniestro, **una reclamación** por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE) de Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales; en este caso, el quejoso podrá solicitar a la CONDUSEF la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

_ Conocer a través de la CONDUSEF, **si eres 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 caso de cualquier duda Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V pone a tu disposición la unidad especializada de atención:

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros

**y Fianzas, a partir del día 06 de junio de 2016, con el número CNSF-S0037-0324-2016/
CONDUSEF-002897-03”**

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