



Condiciones generales

Seguro de Accidentes Personales Colectivo

1.	Definiciones	1
1.1.	ZAM o La Aseguradora	1
1.2.	Asegurados	1
1.3.	Contratante	1
1.4.	Suma asegurada	1
1.5.	Clínica y/o hospital.....	1
1.6.	Reglamento del Seguro Colectivo	1
1.7.	Colectividad asegurable	1
1.8.	Colectividad asegurada	1
1.9.	Deducible	2
2.	Características generales del plan.....	3
2.1.	Vigencia de la póliza	3
2.1.1.	Vigencia	3
2.1.2.	Renovación.....	3
2.1.3.	Terminación.....	3
2.1.4.	Cancelación Anticipada del Seguro	3
2.2.	Movimientos en la colectividad asegurada	4
2.2.1.	Obligación del Contratante	4
2.2.2.	Alta de asegurados	4
2.2.3.	Baja de Asegurados	5
2.2.4.	Registro de Asegurados	5
2.2.5.	Cambio de Contratante	5
2.2.6.	Certificados Individuales	6
3.	Descripción de Coberturas	7
3.1.	Muerte Accidental (Cobertura básica)	7
3.2.	Muerte Accidental por acto violento (Cobertura básica o adicional)	7
3.3.	Muerte Accidental del conductor u ocupante (Cobertura básica o adicional)	7
3.4.	Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático (Cobertura básica o adicional)	7
3.5.	Muerte Accidental en Viaje Aéreo (Cobertura adicional).....	8
3.6.	Pérdidas orgánicas por accidente (Cobertura adicional)	8
3.7.	Pérdidas Orgánicas por acto violento (Cobertura adicional).....	9
3.8.	Pérdidas orgánicas por accidente del conductor u ocupante (Cobertura adicional).....	10
3.9.	Pérdidas orgánicas por accidente en Transporte Público Terrestre o Acuático (Cobertura adicional)	10
3.10.	Reembolso de gastos médicos por accidente (Cobertura básica o adicional)	10
3.11.	Reembolso de gastos médicos por lesiones ocasionadas en acto violento (Cobertura básica o adicional)	11
3.12.	Reembolso de gastos funerarios por muerte accidental (Cobertura adicional)	11
3.13.	Indemnización por Invalidez Total y Permanente por accidente	12
3.14.	Indemnización diaria por Incapacidad Temporal total o parcial por accidente.....	13
3.15.	Exclusiones generales.....	13
3.16.	Exclusiones de la cobertura en transporte público	15
4.	Indemnizaciones	16
4.1.	Aviso	16
4.2.	Requisitos para el pago de reclamaciones	16
4.3.	Pago de reclamaciones	16
4.4.	Cláusula de padecimiento preexistente	17
4.5.	Cláusula de Arbitraje	17
5.	Cláusulas generales.....	19
5.1.	Contrato	19
5.2.	Rectificación de la Póliza.....	19
5.3.	Modificaciones al Contrato	19
5.4.	Prescripción	19
5.5.	Notificaciones.....	19
5.6.	Comunicaciones	20
5.7.	Competencia	20
5.8.	Indemnización por mora	20

5.9.	Obligación de conservar el expediente de identificación del Asegurado.....	21
5.10.	Entrega de documentación contractual	21
5.11.	Moneda	22
5.12.	Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas.....	22
5.13.	Edad.....	22
5.14.	Cambio de Ocupación	23
5.15.	Beneficiarios	23
5.16.	Disputabilidad	24
5.17.	Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	24
5.18.	Primas.....	25
5.19.	Período de gracia para el pago de primas	25
5.20.	Aviso de Privacidad	25
5.21.	Clausula de entrega de documentación contractual	26
5.22.	Cláusula. Residencia.....	28
6.	Formatos	29
6.1.	Póliza	29
6.2.	Solicitud de Seguro de Accidente y Enfermedades Colectivo.....	31
6.3.	Consentimiento del Seguro de Accidentes y Enfermedades Colectivo	33
6.4.	Cuestionario para el seguro de Gastos Médicos.....	35
6.5.	Certificado.....	36
6.6.	Consentimiento-Certificado Seguro de Accidentes y Enfermedades Colectivo.....	39
6.7.	Formato de consentimiento expreso de uso y transferencia de datos sensibles y financieros	41
7.	Folleto de Derechos Básicos	42

1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. ZAM o La Aseguradora

Es Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., que es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la normatividad aplicable, responsable de administrar y pagar las indemnizaciones relativas a este contrato, en lo sucesivo La Aseguradora o ZAM o Zurich México.

1.2. Asegurados

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, por los riesgos amparados por la Póliza respectiva.

1.3. Contratante

Es aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas, además de comprometerse a realizar el pago de las primas.

1.4. Suma asegurada

Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora por cada Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura, esta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del período de vigencia de la póliza.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

1.5. Clínica y/o hospital

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día.

1.6. Reglamento del Seguro Colectivo

Es el Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.7. Colectividad asegurable

Es el conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Deberán participar al inicio de la vigencia de la póliza un mínimo de 5 integrantes que representan al menos el 50% del total de miembros de la colectividad.

1.8. Colectividad asegurada

Está constituido por los integrantes de la Colectividad Asegurable que otorguen expresamente su consentimiento para ser asegurados y sean aceptados por ZAM, quedando inscritos en el registro de Asegurados.

1.9. Deducible

Es la participación del Asegurado en la pérdida ocasionada por el siniestro, el cual se precisa en la carátula de la póliza como un porcentaje o como una cantidad fija.

2. Características generales del plan

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los beneficios amparados, ZAM responderá por éstos hasta la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento en que se origine el siniestro.

2.1. Vigencia de la póliza

2.1.1. Vigencia

La vigencia de este contrato será la que se estipule en la carátula de la póliza.

2.1.2. Renovación



ZAM podrá, a petición expresa del Contratante, renovar el Contrato mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que ésta haya sido contratada, siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro Colectivo a la fecha del vencimiento del Contrato. A la renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en la nota técnica respectiva.

Este seguro se considerará renovado, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de no renovarla.





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

2.1.3. Terminación

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

-  Al concluir el plazo de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.
-  Terminado el plazo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes.

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

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

2.1.4. Cancelación Anticipada del Seguro

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

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 ZAM reembolsará únicamente, de la prima pagada por el Asegurado, la prima de riesgo no devengada más la parte no devengada de los gastos de administración de la Aseguradora. Esto no aplica a los certificados y/o coberturas que hubieren presentado siniestro durante el tiempo que estuvo vigente la póliza.

Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro, la cual deberá contener también el método para devengar la prima, los gastos y la utilidad aquí mencionados.

2.2. Movimientos en la colectividad asegurada.

2.2.1. Obligación del Contratante

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

- a) Notificar a ZAM por escrito y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, el ingreso a la Colectividad Asegurada, de nuevos integrantes, incluyendo los consentimientos respectivos, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, cuando el objeto del Contrato de Seguro sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b) Notificar a ZAM por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes de la Colectividad Asegurada.
- c) Notificar a ZAM por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, como el cambio de ocupación de los miembros de la Colectividad Asegurada.
- d) Remitir a ZAM, los nuevos consentimientos de los Asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

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

2.2.2. Alta de asegurados

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya

comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”¹

2.2.3. Baja de Asegurados

“Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”²

2.2.4. Registro de Asegurados

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

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

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

2.2.5. Cambio de Contratante

Si el presente seguro tuviera como objeto el otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante ZAM podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, ZAM reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, en el entendido de que si el Asegurado hubiere contribuido al pago de la prima, tendrá derecho en esa misma proporción al reintegro de la parte proporcional con la que hubiere participado, así como en su caso al pago del dividendo que se hubiere pactado en el Contrato.

1 Artículo 17 del reglamento del seguro de grupo

2 Artículo 18 del reglamento del seguro de grupo

2.2.6. Certificados Individuales

ZAM deberá expedir y entregar al Contratante para que éste a su vez lo entregue a los Asegurados, un Certificado para cada uno de los Integrantes de la Colectividad Asegurada, el cual deberán contener la siguiente información:

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

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

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

3. Descripción de Coberturas

Este es un producto integrado por varias coberturas que funcionan como básicas o como adicionales según se contrate, y otras que solo pueden comercializarse adicionadas a alguna básica, en cada apartado en particular se declara el estatuto de las coberturas.

Las siguientes coberturas son aplicables siempre y cuando aparezcan como contratadas en la carátula de la póliza:

3.1. Muerte Accidental (Cobertura básica)

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

Se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la muerte del Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

3.2. Muerte Accidental por acto violento (Cobertura básica o adicional)

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un acto violento cubierto.

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

3.3. Muerte Accidental del conductor u ocupante (Cobertura básica o adicional).

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

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

3.4. Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático (Cobertura básica o adicional)

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

Para efectos de esta cobertura, se entiende como accidente cubierto aquel accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de

transporte regular de pasajeros con itinerarios fijos y que provoque la muerte del Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. El ascenso y el descenso al vehículo están cubiertos.

3.5. Muerte Accidental en Viaje Aéreo (Cobertura adicional)

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre como pasajero a bordo de una aeronave de una línea aérea comercial autorizada para el transporte público aéreo de pasajeros y que provoque la muerte del Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. La cobertura inicia en el momento en que el pasajero esté debidamente registrado y con pase de abordar y/o otro comprobante expedido por la aerolínea para tal efecto, la cobertura termina cuando el Asegurado al descender de la aeronave.

3.6. Pérdidas orgánicas por accidente (Cobertura adicional)

La Aseguradora pagará la indemnización de esta cobertura al propio Asegurado si el mismo sobrevive a un accidente cubierto pero por efecto de éste sufre una o varias pérdidas orgánicas.

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

Se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque pérdidas orgánicas en el Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

Tabla de Indemnización (Escala A)

PÉRDIDA	INDEMNIZACIÓN
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Tabla de Indemnización (Escala B)

PÉRDIDA	INDEMNIZACIÓN
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5cms de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

3.7. Pérdidas Orgánicas por acto violento (Cobertura adicional)

La Aseguradora pagará la indemnización de esta cobertura al mismo Asegurado si el mismo sobrevive a un accidente cubierto pero por efecto de éste sufre una o varias pérdidas orgánicas.

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

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

3.8. Pérdidas orgánicas por accidente del conductor u ocupante (Cobertura adicional)

La Aseguradora pagará la indemnización de esta cobertura al propio Asegurado si el mismo sobrevive a un accidente cubierto pero por efecto de éste sufre una o varias pérdidas orgánicas.

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

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

3.9. Pérdidas orgánicas por accidente en Transporte Público Terrestre o Acuático (Cobertura adicional)

La Aseguradora pagará la indemnización de esta cobertura al propio Asegurado si el mismo sobrevive a un accidente cubierto pero por efecto de éste sufre una o varias pérdidas orgánicas.

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

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros con itinerarios fijos y que provoque pérdidas orgánicas en el Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. El ascenso y el descenso al vehículo están cubiertos.

3.10. Reembolso de gastos médicos por accidente (Cobertura básica o adicional)

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada en vigor de esta cobertura, menos el deducible contratado, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto.

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

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados, disminuyen en la misma cantidad la suma asegurada de esta sección.

La responsabilidad de ZAM termina en la fecha en que el Asegurado sea dado de alta de las lesiones sufridas, por lo que no están cubiertos los gastos que el Asegurado realice con posterioridad a la fecha de alta o hasta el agotamiento de la suma asegurada.

Los gastos cubiertos se reembolsarán por un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente que dio origen a la reclamación.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

3.11. Reembolso de gastos médicos por lesiones ocasionadas en acto violento (Cobertura básica o adicional)

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada en vigor de esta cobertura, menos el deducible contratado, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto.

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

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados, disminuyen en la misma cantidad la suma asegurada de esta sección.

La responsabilidad de ZAM termina en la fecha en que el Asegurado sea dado de alta de las lesiones sufridas, por lo que no están cubiertos los gastos que el Asegurado realice con posterioridad a la fecha de alta o hasta el agotamiento de la suma asegurada.

Los gastos cubiertos se reembolsarán por un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente que dio origen a la reclamación.

Para efectos de esta cobertura se entiende como acto violento cubierto aquel acontecimiento donde se hace uso de la fuerza o el poder físico (de hecho o como amenaza) contra el propio Asegurado, otra persona o un grupo o comunidad, que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se cubre cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

3.12. Reembolso de gastos funerarios por muerte accidental (Cobertura adicional)

La Aseguradora reembolsará con límite de la suma asegurada vigente para este beneficio, a los beneficiarios designados, el importe de los gastos funerarios en que se haya incurrido, o en su defecto, la suma

asegurada contratada para este beneficio si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la muerte del Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

3.13. Indemnización por Invalidez Total y Permanente por accidente

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente para esta cobertura, una vez transcurrido el período de espera, al propio Asegurado, si éste se invalida total y permanentemente.

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

También será considerada como Incapacidad Total y Permanente si sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o la de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie junto con la vista de un ojo.

Para los efectos de este beneficio, se entiende por pérdida de una mano la anquilosis total; es decir, interfalángica, carpometacarpiana y articulación de muñeca; y/o su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella. Por la pérdida de un pie la anquilosis total; es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

En el caso de que la invalidez total y permanente sea derivada de pérdidas orgánico funcionales no aplica el período de espera para su procedencia.

El reconocimiento de esta condición se hará con un dictamen médico emitido por la institución de seguridad social en la que este afiliado el Asegurado. En el caso de no estarlo, por un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado. En el caso de que se considere necesario, la Aseguradora podrá designar un perito que valúe el estado de invalidez.

El pago de la Suma Asegurada se realiza al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición y después de que haya transcurrido el período de espera contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

El período de espera para esta cobertura será de 3 o 6 meses según se haya contratado.

Para que la invalidez se considere plenamente válida es necesario que el accidente que da origen al estado de invalidez, haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, quedando cubiertos por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro

Con el pago de la Suma Asegurada, se cancela el beneficio de manera definitiva para el Asegurado.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la invalidez total y permanente del Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

3.14. Indemnización diaria por Incapacidad Temporal total o parcial por accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto, el Asegurado sufriera:

- a) Un estado de incapacidad temporal total, la Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un período que no excederá de 365 días, contados desde la fecha del accidente.
- b) Un estado de incapacidad temporal parcial, la Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, el 40% de la Indemnización Diaria de la cobertura por incapacidad temporal total, por un período que no excederá de 180 días.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la incapacidad temporal total del Asegurado dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD

El estado de incapacidad temporal total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a La Aseguradora, la cual podrá cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido dicho estado, cesarán automáticamente los beneficios que comprende esta cobertura

3.15. Exclusiones generales

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando el fallecimiento / pérdida orgánica / invalidez sea efecto directo o indirecto de alguna de las siguientes situaciones:

- 1. Accidentes que se originen por participar en:**
 - 1.1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.**
 - 1.3. Riña provocada por el asegurado.**

2. Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:
 - 2.1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - 2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - 2.3. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - 2.4. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - 2.5. La práctica profesional de cualquier deporte.
3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
9. Fallecimiento o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
10. Cuando se demuestre que el fallecimiento, la incapacidad y/o la pérdida orgánica sea a consecuencia directa e inmediata de un Padecimientos preexistentes.

3.16. Exclusiones de la cobertura en transporte público

La aseguradora no hará ningún pago por esta cobertura, si el accidente que provoque el fallecimiento / pérdida orgánica / incapacidad del asegurado ocurre en un taxi o en cualquier otro vehículo de transporte de pasajeros si éste no tiene ruta e itinerario fijo establecido.

4. Indemnizaciones

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

4.1. Aviso

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

4.2. Requisitos para el pago de reclamaciones

El reclamante presentará a ZAM la siguiente información de acuerdo al evento ocurrido:

Coberturas de muerte accidental

- a) Declaración de fallecimiento (Formato original de la ZAM)
- b) Original o copia certificada del acta de defunción
- c) Acta de nacimiento original y copia del Asegurado y sus beneficiarios.
- d) Identificación oficial de los beneficiarios y del Asegurado.
- e) Copia certificada del acta del ministerio público incluyendo la averiguación previa completa.
- f) Certificado del seguro contratado.

Cobertura de pérdidas orgánicas

- a) Identificación oficial del reclamante.
- b) Acta del ministerio público en original y copia certificada, en el caso de que exista.
- c) Dictamen médico y estudios radiográficos.

Cobertura de reembolso de gastos médicos

- a) Identificación oficial del reclamante.
- b) Informe médico y las facturas correspondientes

Indemnización diaria por Incapacidad Temporal Total o Parcial por accidente

- a) Acta de nacimiento
- b) Se solicitará una identificación oficial con fotografía. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga el titular.
- c) Dictamen oficial por parte del IMSS o del ISSSTE. En el caso de que no se cuente con este, se puede dar 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 .

4.3. Pago de reclamaciones

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 5 días siguientes a la fecha en que ZAM reciba la totalidad de los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

ZAM tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar 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, liberará a ZAM de cualquier obligación.

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

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

4.4. Cláusula de padecimiento preexistente.

ZAM solo podrá realizar el rechazo de una reclamación por padecimiento preexistente cuando:

- ✚ Haya existido previo a la celebración del contrato, declaración de la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando ZAM 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- ✚ Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

4.5. Cláusula de Arbitraje.

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

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

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

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

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que se emita vinculara 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 ZAM.

5. Cláusulas generales

5.1. Contrato

Es el acuerdo celebrado entre ZAM y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo, las declaraciones del Contratante y/o Asegurado, así como la póliza, condiciones generales, el consentimiento para ser asegurado, los certificados, los endosos y cualquier otro documento adicional entregado por ZAM o a ZAM.

5.2. Rectificación de la Póliza

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

5.3. Modificaciones al Contrato

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

5.4. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 2 años, contados desde la fecha que les dio origen conforme al Art.81, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción, consignados en el Art.82 de la misma Ley que establecen que el plazo antes citado 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 al 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 su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiera la Ley de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada en Consultas y Reclamaciones de ZAM.

5.5. Notificaciones

A ZAM:

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

A sus beneficiarios:

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

5.6. Comunicaciones.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de ZAM llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberá comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a ZAM y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que ZAM deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca ZAM.

5.7. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el juez. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negativa de la Institución, 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, en caso de que el reclamante opte por demandar, podrá a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, en términos de lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.8. Indemnización por mora

Si ZAM no cumple con las obligaciones asumidas bajo este Contrato de seguros al hacerse exigible legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismos en lo conducente señala:

- a) Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.
- b) Además, la Aseguradora pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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.
- c) Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esta obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar interés moratorio que 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.

- d) En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

En todos los casos, los intereses moratorios se generan por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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..

5.9. Obligación de conservar el expediente de identificación del Asegurado

El Contratante se obliga a integrar y conservar un expediente con los datos y documentos para identificar a cada Asegurado, o en su caso, Beneficiario, de conformidad con las "Políticas de identificación del Cliente" establecidas por Zurich México las cuales son acordes a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Zurich México podrá en cualquier momento solicitar al Contratante por escrito a través de correo electrónico y de manera aleatoria, los expedientes de los Asegurados o en su caso, Beneficiarios, para verificar que éstos se encuentren debidamente integrados conforme a lo señalado en el párrafo anterior. El Contratante deberá remitir los expedientes solicitados a Zurich México en un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes al día en que reciba dicha solicitud.

Asimismo, el Contratante estará obligado a remitir los expedientes de identificación de los Asegurados y Beneficiarios, en el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, cuando Zurich México se los solicite por escrito para dar cumplimiento a requerimientos recibidos por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El Contratante deberá conservar los expedientes de identificación de los Asegurados y Beneficiarios durante 10 años, contados a partir de que dichos Asegurados dejen de prestar sus servicios al Contratante cuando se trate de empleados o personal del mismo, o bien, después de concluida la relación entre Zurich México y el Contratante.

5.10. Entrega de Documentación Contractual

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V., entregará la póliza, las condiciones generales, endosos, recibos de prima y demás documentación que forme parte del contrato de seguro al Contratante y/o Asegurado de forma impresa, o bien, a través de medios electromagnéticos, según lo elija el propio Contratante y/o Asegurado. Adicionalmente las Condiciones Generales se encuentran disponibles para su consulta en la página de internet www.zam.zurich.com.mx sin perjuicio de que puedan solicitarse directamente en las oficinas de Zurich México o llamando a los números 55 5284 1103 en la Ciudad de México y Área metropolitana, el resto de la República Mexicana al 800 0800 009 para que le sean enviadas vía correo electrónico o en forma impresa.

5.11. Moneda

Los pagos que el Contratante y ZAM deban hacer conforme a esta Póliza, se liquidarán en Moneda Nacional de acuerdo con la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen los mismos. Para las pólizas denominadas en dólares, el pago tanto de primas como de sumas aseguradas se realizara en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para obligaciones denominadas en moneda extranjera que publique el Banco de México en la fecha en que se realice el pago.

5.12. Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas.

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

5.13. Edad

Las edades de admisión establecidas para este seguro son catorces años y hasta setenta años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de setenta y cinco años.

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

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

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

Cuando de la comprobación de la edad resulte que la edad real se encuentra, fuera de los límites de admisión registrados por ZAM, el certificado correspondiente quedará rescindido automáticamente y la obligación de ZAM se reducirá a pagar el importe de la reserva matemática, si la hubiere, que corresponda al Asegurado, en la fecha de su rescisión.

Cuando la edad real del Asegurado al emitirse el certificado estuviere dentro de los límites de admisión establecidos por ZAM, pero dicha edad real fuera mayor que la declarada por el Asegurado, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del contrato.

Si por el contrario, la edad real fuera menor que la declarada, la suma asegurada no se modificará y ZAM tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real, conforme a la tarifa registrada en la fecha de la celebración del contrato.

Si después del fallecimiento del Asegurado, la edad declarada es diferente a la real, ZAM pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

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

5.14. Cambio de Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, el Contratante deberá comunicar a ZAM por escrito, dentro de los 30 días siguientes al cambio de ocupación, para que a consideración de ZAM continúe o no el seguro para ese Asegurado. De aceptar el riesgo, se determinará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien, podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo, notificando la determinación al Contratante dentro de los siguientes 15 días naturales a aquél en que tuvo conocimiento.

En caso de no aceptar el riesgo, se rescindirá de pleno derecho el seguro para ese Asegurado.

Si ZAM no comunica su rechazo a cubrir al Asegurado, dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación de cambio de ocupación, se tendrá por hecha su renuncia para rescindir el contrato para el Asegurado en cuestión, teniéndose por aceptada la nueva ocupación en las mismas condiciones pactadas inicialmente.

En este caso, ZAM se reserva el derecho de aceptar la renovación del seguro para ese Asegurado debido a la agravación del riesgo.

5.15. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que, no exista restricción legal. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a ZAM, indicando el nombre del(los) nuevo(s) beneficiario(s). ZAM informará al Asegurado de este cambio a través de la nueva versión del certificado. ZAM pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a ZAM y que conste en el certificado respectivo, como lo prevé el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

En el caso de las coberturas de pérdidas orgánicas y reembolso de Gastos Médicos por Accidente, si el Asegurado es menor de edad, la indemnización correspondiente se le pagará al padre o tutor acreditando dicha figura.

Advertencia en la designación de beneficiarios:

El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiario en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada por fallecimiento.

5.16. Disputabilidad.

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

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, es también de dos años, que se contarán a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando ZAM a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. Este supuesto aplicará solo para aquellos casos en los cuales los Asegurados den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

5.17. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante tiene la obligación de declarar por escrito a ZAM, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos que se le pregunten, facultará a ZAM para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Este supuesto aplicará solo para aquellos casos en los cuales los Asegurados den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad

5.18. Primas

El monto de la prima es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su edad y ocupación en la fecha de inicio de vigencia. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha.

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

La forma de pago de las primas es anual, sin embargo, el Contratante podrá solicitar el pago fraccionado de las mismas, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, las cuales vencerán al inicio de cada período de pago pactado.

5.19. Período de gracia para el pago de primas.

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

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

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

5.20. Aviso de Privacidad

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

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

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el aviso de privacidad que encontrará en su texto completo en nuestra página www.zam.urich.com.mx. El presente Aviso en su texto completo, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página www.zam.zurich.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

5.21. Cláusula de entrega de documentación contractual.

Cuando el contrato de seguro se celebre vía telefónica, por Internet y/o medios electrónicos (directamente con Zurich o a través de un prestador de servicios distinto a un Agente de Seguros) y el cobro de la prima se efectúe con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria, Zurich se obliga a entregar al Contratante la póliza, certificado individual o el documento en el que consten los derechos y obligaciones de las partes derivados de la celebración del presente contrato, de la siguiente forma:

- Cuando la contratación del seguro se efectúe vía telefónica, la documentación contractual se entregará al Contratante por cualquier medio personal o electrónico que permita dejar constancia de su entrega.
- Cuando la contratación se efectúe vía Internet o medios electrónicos, la documentación contractual se entregará al Asegurado en el mismo momento de la contratación a través del portal de Internet de Zurich, misma que el Contratante podrá guardar o imprimir, sin perjuicio de que el Asegurado pueda solicitar su documentación bajo los términos del punto anterior.

Asimismo, la Aseguradora deberá de indicar al Contratante, al momento de la celebración del contrato, que en el supuesto de que no reciba la póliza o certificado en un plazo de 30 días naturales contado a partir de la fecha de contratación del seguro, el Contratante podrá llamar al número telefónico 36 82 03 51 desde el Distrito Federal, o al 01 800 018 08 08 desde el resto de la República Mexicana, a fin de que la Aseguradora le indique las oficinas en las que podrá obtener dicho documento.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

Asimismo, el Contratante podrá solicitar en cualquier momento la cancelación de póliza o certificado, o bien, solicitar que no se renueve el mismo en los casos que se haya pactado la renovación automática del seguro, llamando a los números telefónicos indicados en la presente cláusula.

Bases para la contratación por vía telefónica

La celebración del presente contrato, así como su renovación o cancelación se podrán efectuar por vía telefónica, bajo las siguientes bases:

Se establecen los siguientes medios de identificación del usuario:

- Grabación de la voz del Contratante o del Asegurado, previa autorización de éste último y siempre que brinde los datos propios y de la póliza que le sean requeridos.
- Confirmación de datos personales del Asegurado, así como de póliza si se trata de renovación o cancelación.
- Autorización del cargo de la prima a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria por parte del Contratante o Asegurado.

El uso de los medios de identificación establecidos en la presente cláusula, en sustitución de la firma autógrafa, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes, tales como solicitud y/o autorización de cargo a tarjetas de crédito o cuenta bancaria, y en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La celebración del contrato y/o su renovación así como en su caso, la cancelación del mismo, serán válidos a partir de que se proporcione al Contratante el número de folio o autorización correspondiente a la operación realizada.

El cargo efectuado a la tarjeta de crédito, cuenta bancaria del Contratante, comprobantes de pago, o en su caso las grabaciones relativas a la contratación, renovación o cancelación del seguro, podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración, renovación o cancelación del contrato de seguro.

Bases para la contratación por vía electrónica (Internet)

La celebración del presente contrato así como su renovación se podrán efectuar por vía electrónica a través de los portales de Zurich en Internet (www.zurichconnect.com.mx, www.seguroszurich.com.mx, www.zurichseguros.com.mx), bajo las bases que se establezcan en los contratos especiales que en su momento se celebren entre Zurich y el Contratante.

Los servicios que Zurich prestará a través de este medio podrán ser los siguientes:

1. Cotización de seguros y su impresión.
2. Solicitud de seguros y su impresión
3. Emisión de Pólizas y su impresión.
4. Información sobre Renovaciones de pólizas.
5. Obtención de Condiciones Generales.

El Contratante o Asegurado se identificarán para acceder a estos servicios, a través del empleo de un "usuario" y "contraseña", que le serán proporcionados por Zurich al acceder a su portal electrónico en Internet. El Contratante podrá cambiar su contraseña en cualquier momento que lo desee y será responsable de mantenerla en estricta confidencialidad, por lo que a partir de que le sea designada por Zurich, él es el único responsable de cualquier uso, operación o actividad que se genere u ocurra a través de su contraseña. El uso de estos medios de identificación, producirán los mismos efectos que una firma autógrafa y por lo tanto tendrán el mismo valor probatorio.

La celebración del contrato y/o su renovación así como en su caso, la cancelación del mismo, serán válidas a partir de que se proporcione al Contratante el número de folio o autorización correspondiente a la operación realizada. Lo anterior, siempre que la renovación no hubiese sido pactada de manera automática.

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

5.22. Clausula. Residencia

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

En caso de que el Asegurado cambie su domicilio fuera de la República Mexicana, éste se obliga a notificarlo por escrito a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., dentro de los 10 días hábiles posteriores al cambio.

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., realizará una revisión periódica para verificar que la residencia del asegurado se encuentre en la República Mexicana, en caso de detectar que reside en el extranjero se evaluará la no renovación del contrato de seguro, y de determinarse la no renovación de la póliza Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., lo comunicará por escrito al Asegurado y/o Contratante con una antelación no menor a 30 días de la fecha del término de vigencia.

"Le sugerimos consultar las COBERTURAS, EXCLUSIONES y RESTRICCIONES del seguro en las Condiciones Generales del contrato que le son entregadas y que además se encuentran disponibles en www.zam.zurich.com.mx"

"Para cualquier consulta o reclamación puede acudir a nuestra **Unidad Especializada**, 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, con horario de atención de Lunes a jueves: 08:00 a 14:00 y 15:00 a 17:45 horas y Viernes: 08:00 a 15:30 horas. Correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com y teléfonos 55 52 84 11 03 y 800 0800 009"

"CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos: 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx."

"En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de Mayo de 2022, con el número CNSF-S0037-0228-2022 Y CONDUSEF-005406-01.