

CONDICIONES GENERALES

Microseguro de Vida Grupo Santander

2020

Estimado Cliente,

Agradecemos su confianza al haber contratado su seguro de **Vida Grupo Tuilio Santander** con **Zurich Santander Seguros México, S. A.**, para nosotros es un compromiso muy importante garantizar la satisfacción de sus necesidades de protección y prevención, brindando un servicio que cumpla y supere sus expectativas.

Para respaldar este compromiso, **Zurich Santander Seguros México, S. A.**, pone a su disposición una infraestructura de servicio a nivel nacional que cuenta con recursos tecnológicos y un equipo de profesionales para atenderle.

Le recordamos revisar debidamente el certificado y sus Condiciones Generales, en estos documentos encontrarán los riesgos amparados, sumas aseguradas, el alcance de sus coberturas y qué hacer en caso de siniestro.

Si tiene alguna duda o requiere información adicional, nuestros especialistas tendrán el gusto de atenderle y asesorarle en los teléfonos 5169 4300 en la Ciudad de México e interior del país.

Atentamente,

Zurich Santander Seguros México, S. A.

CONTENIDO	PÁGINA
1. DEFINICIONES	5
2. CLÁUSULAS GENERALES	8
2.1 Contrato de Seguro	8
2.2 Rectificaciones y Modificaciones	8
2.3 Vigencia	8
2.4 Edad	8
2.5 Pago de la Prima	9
2.6 Periodo de Gracia	9
2.7 Cancelación / Falta de Pago de la Prima	9
2.8 Rehabilitación	9
2.9 Renovación Automática	10
2.10 Terminación del seguro	10
2.11 Omisiones e Inexactas Declaraciones	10
2.12 Pérdida del derecho a recibir la indemnización	10
2.13 Aviso del siniestro	11
2.14 Lugar y pago de Indemnizaciones	11
2.15 Documentación en Caso de Siniestro	11
2.16 Pruebas	12
2.17 Suicidio	12
2.18 Beneficiarios	12
2.19 Reclamante Sustituto	13
2.20 Comunicaciones	13
2.21 Competencia	13
2.22 Moneda	13
2.23 Derecho a Conocer la Comisión	13
2.24 Indemnización por Mora	14
2.25 Prescripción	14
2.26 Entrega de la documentación contractual	14
2.27 Derechos Especiales de los Asegurados Deudores y sus Beneficiarios Adicionales	14
2.28 Agravación del Riesgo	14
2.29 Uso de Medios Electrónicos	16
3. COBERTURAS BÁSICAS	16
3.1 Saldo Deudor	16
3.2 Fallecimiento	16
4. COBERTURAS ADICIONALES	16
4.1 Enfermedades Graves	16
4.1.1 Exclusiones	17
4.2 Beneficio adicional de Anticipo por Enfermedad Terminal	17
4.2.1 Exclusiones	18
5. PROCEDIMIENTO OPERATIVO	18
5.1 Obligaciones del Contratante	18
5.2 Reporte de Movimientos	19
5.3 Altas	19
5.4 Bajas	19

5.5 Ajuste a la Suma Asegurada	19
5.6 Registro de Asegurados	20
5.7 Administración del Contrato	20
6. MARCO NORMATIVO	20

Zurich Santander Seguros México, S.A.

Es la Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del Contrato, denominada de aquí en adelante como La Compañía.

1. DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato de seguro, deberá entenderse cada una de las siguientes palabras de la forma que a continuación se señalan:

Asegurado

Persona o personas designadas en el certificado individual del seguro sobre la cual se cubre el riesgo asegurado, por el cual el Contratante haya pagado la prima. La Compañía emitirá un certificado para cada miembro del Grupo Asegurado, que entregará al Contratante.

Accidente

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produzca la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Cerebro Vascular

Trastorno de iniciación súbita causado por lesiones vasculares agudas del cerebro como hemorragia, embolia, trombosis, rotura de aneurisma o malformaciones vasculares, que lesionan el cerebro, así como las funciones centrales del sistema nervioso, caracterizada por hemiplejía, hemiparesia, afasia, disartria o desvanecimiento.

Cáncer

Es la enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos.

Cáncer en fase terminal

Presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. Se manifiesta por el desorden en el crecimiento masivo, en la función y en la estructura celular. Está comprendido dentro de este grupo la leucemia.

Certificado

También Certificado Individual. Documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, la vigencia, la designación de Beneficiarios y demás datos que detallen las características del riesgo cubierto por la Compañía, respecto de cada Asegurado.

Consentimiento

Documento integrado en el certificado individual, mediante el cual el Asegurado hace constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado, respecto de las coberturas de fallecimiento contempladas en este Contrato de Seguro.

Contrato de Seguro

Regula las relaciones contractuales convenidas entre La Compañía y el Contratante.

Contratante

Persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado La Compañía en los términos consignados en la póliza con base en los datos e informes proporcionados por aquella en conjunto con el Asegurado, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes.

Diagnóstico

El dictamen sobre un padecimiento o condición de este, que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Endoso

Documento que forma parte del certificado, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Se estipula que lo indicado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad Preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en el siguiente párrafo:

- a) Previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un 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.

Quando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento en cuestión, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- b) Que 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.

Quando La Compañía determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y La Compañía, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito. La Compañía acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

Evento

Es la afectación que sufre el Asegurado, a consecuencia de la realización del riesgo amparado, para el cual se contrata la cobertura del seguro, la realización debe ser fortuita, súbita e imprevista.

Grupo Asegurado

Los integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

Infarto Cardíaco

Es la muerte de parte del músculo cardíaco a consecuencia de un abastecimiento sanguíneo inadecuado.

El infarto deberá basarse en los siguientes elementos médicos:

- Un cuadro clínico consistente, que sea sugerente de la ocurrencia del infarto.
- Alteraciones en electrocardiograma que sean confirmatorias.
- Elevación de enzimas cardíacas.

Insuficiencia Renal Crónica

El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar alguna de las siguientes condiciones:

- Diálisis renal por lo menos una vez por semana
- Trasplante de riñón
- La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

Insuficiencia Respiratoria Crónica

Presencia de enfermedad pulmonar que requiera oxigenoterapia de manera permanente.

Insuficiencia Hepática Crónica

En la que presente hipertensión portal, antecedente de encefalopatía y alteraciones en las pruebas de coagulación.

Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y no sea familiar del Asegurado o Contratante.

Perito Médico

Médico Especialista certificado por el Consejo correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate.

Póliza

Son parte integrante de la Póliza, certificado y las Condiciones Generales; así como las condiciones particulares o endosos que se anexen para modificar o especificar las bases del contrato.

Prima

Es la aportación económica efectuada en una sola exhibición por el plazo del contrato en moneda nacional que proporciona el Contratante a La Compañía por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que ésta le otorga.

Reclamante Sustituto

Figura designada por el contratante para, únicamente llevar a cabo la gestión del siniestro en nombre del asegurado o de los beneficiarios.

Reglamento

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

Suicidio

En el presente contrato, se entenderá como suicidio todo acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencional.

Suma Asegurada

Es la cantidad que representa la obligación máxima de La Compañía para cada Certificado de Seguro, en caso de ocurrir un siniestro. La regla para establecer la Suma Asegurada se establece en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

2. CLÁUSULAS GENERALES

2.1 Contrato de Seguro

La póliza, las condiciones generales, el certificado, el consentimiento y el registro de asegurados constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y La Compañía.

2.2 Rectificaciones y Modificaciones

Este Contrato sólo se podrá modificar previo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por La Compañía carecen de facultades para hacer concesiones o modificaciones.

Se hace del conocimiento del Asegurado lo dispuesto en el **Artículo 25 de la Ley Sobre El Contrato de Seguro**, que a la letra dice: **“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”**. Este mismo derecho se hace extensivo al Contratante.

2.3 Vigencia

Periodo estipulado en el certificado correspondiente que establece el tiempo que estará en vigor el seguro y que coincide con el plazo estipulado en el contrato de crédito al cual se vincula este contrato.

2.4 Edad

Para efectos de este Contrato, se considera como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro.

Los límites de admisión fijados por La Compañía son 18 años como mínimo y 80 años como máximo.

La edad del Asegurado registrada en el certificado debe comprobarse ante La Compañía, al momento de celebrar el contrato de seguro o con posterioridad, ésta extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Si como consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, resultara que la edad real del Asegurado al momento de la contratación del seguro estuviera fuera de los límites de admisión establecidos por La Compañía, el presente Contrato podrá ser rescindido por La Compañía, devolviendo al Asegurado o Beneficiario la reserva matemática constituida al momento de la rescisión.

Si encontrándose en vida el Asegurado se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por **La Compañía** se procederá en la forma siguiente:

- a) Cuando a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de **La Compañía** se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato. Las primas posteriores deberán ajustarse de acuerdo con la edad real del Asegurado.

- b) Si **La Compañía** hubiera entregado ya el importe de la protección contratada al descubrirse la inexactitud en la edad declarada del Asegurado tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, **La Compañía** estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, **La Compañía** estará obligada a pagar la protección contratada, que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para todos los cálculos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

2.5 Pago de la Prima

La prima vence en el momento de la celebración del contrato, la prima total de cada certificado deberá ser pagada en una sola exhibición y por el plazo completo de la vigencia del certificado.

Previo acuerdo entre las partes, las primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan, como pudiera ser por medio de tarjetas bancarias, depósito en cuenta, transferencias electrónicas, o el que para este fin se defina entre las partes, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Si por causas imputables al Contratante, no pudiera efectuarse el cargo pactado dentro del período de gracia, la prima correspondiente se considerará no pagada sin responsabilidad alguna para La Compañía.

El comprobante de pago de la prima será elemento probatorio de la celebración del contrato.

2.6 Periodo de Gracia

El Contratante, gozará de un período de gracia de 60 días naturales para liquidar el total de la prima. A las 12 horas del último día del período de gracia, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el cual a la letra refiere:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.”

En caso de siniestro ocurrido dentro del periodo de gracia, La Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

2.7 Cancelación / Falta de Pago de la Prima

Sin necesidad de notificación o declaración judicial, esta póliza automáticamente dejará de surtir sus efectos y será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo de gracia señalado en esta póliza, cesando los efectos del Contrato a las 12:00 horas del último día del plazo de gracia.

2.8 Rehabilitación

No obstante, lo dispuesto por la Cláusula de **Cancelación/Falta de Pago de la Prima**, el Contratante podrá dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima del seguro; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

En este caso, La Compañía ajustará a prorrata y devolverá de inmediato la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos de este, dicha devolución se hará a través del medio por el cual se hizo el pago de la prima, salvo que el Contratante solicite dicha devolución a través de otro medio. En ningún caso se responderá de siniestros ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula. Si la rehabilitación es solicitada en un periodo mayor a 30 días naturales contados a partir del último día del periodo de gracia que se le concede para el pago de la prima, ésta NO se llevará a cabo, no obstante, el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva póliza.

2.9 Renovación Automática

El contrato será renovado automáticamente por periodos de un año si dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no avisa a la Compañía por escrito que es su voluntad no renovarlo. El pago de la prima acreditada mediante el conducto establecido se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

La renovación se llevará a cabo bajo las mismas condiciones en que fue contratado el seguro. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las primas que aplicarán en cada renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

2.10 Terminación del seguro

El seguro bajo esta póliza terminará para cada asegurado al ocurrir alguna de las siguientes eventualidades:

- a) La fecha de término de la vigencia señalada en el Certificado del seguro o en la carátula de la póliza.
- b) Falta de pago de primas del seguro.
- c) Al Fallecimiento del Asegurado
- d) Cuando el Asegurado deja de formar parte del grupo asegurado.

2.11 Omisiones e Inexactas Declaraciones

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aún y cuando no hayan influido en la realización del siniestro.

Esta cláusula aplicará para aquellos casos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

2.12 Pérdida del derecho a recibir la indemnización

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso

de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado La Compañía.

2.13 Aviso del siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de La Compañía, quien a su vez les indicará la documentación y los formatos que por esta razón es necesario presentar. El Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo dar el aviso en cuanto cese uno u otro.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del contrato de Seguro si el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del siniestro.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

2.14 Lugar y pago de Indemnizaciones

La Compañía hará todos los pagos que resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado o del Beneficiario en las oficinas del contratante en el curso de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de estas Condiciones Generales y sea procedente la indemnización.

2.15 Documentación en Caso de Siniestro

Para la procedencia indemnizatoria, por medio del contratante, La Compañía solicitará al Asegurado en caso de Enfermedades Graves o Anticipo por Enfermedad Terminal y al(los) Beneficiario(s) Designado(s) para el caso de Fallecimiento del Asegurado los siguientes documentos:

Para la cobertura de fallecimiento:

1. Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía.
2. Copia de Identificación vigente del beneficiario y en caso de que se tenga, copia de la del titular.
3. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del beneficiario
4. Acta de Defunción Original o copia certificada
5. Consentimiento o Certificado de Seguro, si lo tuviesen

Para la cobertura de Saldo Deudor:

Además de los documentos enumerados en el párrafo anterior:

1. Copia simple del contrato de crédito
2. Copia del estado de cuenta individual o carta de saldo deudor firmada por personal autorizado de TUIIO

Para las coberturas de Enfermedades Graves y Anticipo por enfermedad terminal:

1. Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía
2. Copia del informe médico confirmando el diagnóstico del padecimiento, acompañado de la copia de los Estudios Médicos practicados con los que se determinó dicho diagnóstico
3. Copia de Identificación Oficial vigente del asegurado
4. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del asegurado

En aquellos casos en que no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, La Compañía podrá solicitar información o documentación de manera adicional, siempre y cuando estén relacionados con el siniestro, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2.16 Pruebas

El reclamante presentará a su costa a La Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y el derecho de quienes solicitan el pago.

La Compañía tendrá derecho a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve al cabo dicha comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación respecto de la reclamación de que se trate.

2.17 Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de vigencia de las coberturas, La Compañía solamente reembolsará la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

En caso de rehabilitación, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Certificado Individual correspondiente.

La base para la determinación del monto a devolver es la prima neta pagada descontado el gasto de adquisición, la proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha de cancelación sobre la prima de riesgo del seguro.

2.18 Beneficiarios

El Contratante es el Beneficiario Preferente e Irrevocable respecto de la cobertura Saldo Deudor, como titular del derecho a la indemnización derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.

Derivado de lo anterior, y conforme a las designaciones respectivas, cada uno de los Asegurados ha nombrado Beneficiario Preferente e Irrevocable al Contratante hasta por el monto del Saldo Insoluto, no pudiendo exceder en ningún caso dicho monto, de la Suma Asegurada Máxima indicada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

La cobertura de fallecimiento tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) expresamente designada(s) por el Asegurado en el Certificado Individual. Para las coberturas adicionales, el Beneficiario será el Asegurado.

La Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno de ellos, el porcentaje de la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación previa en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal 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.

“ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre beneficiarios a menores de edad, NO SE DEBE señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.”

2.19 Reclamante Sustituto

Cuando se demuestre mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud, el Asegurado y/o beneficiario no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como “Reclamante Sustituto”.

El Reclamante Sustituto deberá designarse en el consentimiento que para este fin proporcionará la Compañía, teniendo el Asegurado y/o beneficiario en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar por escrito una nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto realizada por el Asegurado y/o beneficiario, únicamente lo autoriza para realizar los trámites de reclamación, ya que el pago de la indemnización siempre se efectuará a nombre de éstos, por lo que, al efectuar el pago atribuible al Asegurado o Beneficiarios, la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente.

2.20 Comunicaciones

Todas las comunicaciones del Contratante y/o Asegurado hacia La Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social, el cual se indica en la carátula de la póliza. Las comunicaciones que ésta última realice a aquéllos, deberá dirigirlas al último domicilio del que tenga conocimiento.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de La Compañía llegare a ser diferente a la indicada de la póliza, ésta deberá comunicar al Contratante y/o Asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a La Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que La Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado y/o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que La Compañía conozca de ellos.

Cualquier cambio de domicilio por parte del Contratante y/o Asegurado debe ser informado por escrito a La Compañía.

2.21 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**. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez de domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

2.22 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

2.23 Derecho a Conocer la Comisión

Durante la vigencia del certificado, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.24 Indemnización por Mora

En caso de mora, la Compañía deberá pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

2.25 Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

2.26 Entrega de la documentación contractual.

El Contratante deberá entregar el Certificado Individual y Condiciones Generales al Asegurado de manera personal al momento de recabar la evidencia mediante el consentimiento expreso por escrito de parte del Asegurado en las instalaciones del Contratante.

En caso de señalarse en la carátula de la Póliza, como alternativa a lo anterior, el Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Certificado Individual, en términos de lo dispuesto en la fracción II inciso b) del Artículo 16 del Reglamento.

En caso de que, por cualquier motivo, el Asegurado no reciba su documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes de su alta en el grupo asegurado o requiera un duplicado de su Certificado o de estas condiciones generales, deberá llamar al centro de atención telefónica de La Compañía cuyo número es el 5169 4300 en la CDMX e interior del país.

2.27 Derechos Especiales de los Asegurados Deudores y sus Beneficiarios Adicionales

- a) El Asegurado y sus Beneficiarios tendrán el derecho a exigir a La Compañía, que pague al Beneficiario Preferente e Irrevocable, el importe del Saldo Insoluto, sin exceder de la Suma Asegurada o Regla de Suma Asegurada pactada y establecida en la Carátula de Póliza y certificado individual.
- b) La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que La Compañía pague al Beneficiario Preferente e Irrevocable del seguro el importe del Saldo Insoluto.
- c) El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar a La Compañía su domicilio para que, llegado el caso, les haga saber las decisiones a que se refiere el punto precedente.

2.28 Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” **(Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

Lo dispuesto en los párrafos anteriores, no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación. **(artículo 54 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)**

Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)**

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de

la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

2.29 Uso de Medios Electrónicos

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que La Compañía pone a su disposición y que se regulan a través del documento denominado "Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos" cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica www.zurichsantander.com.mx

Para efectos de lo establecido en la presente cláusula, se entiende como uso de medios electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios y (iv) cualesquiera otros que sean incluidos en los "Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos."

3. COBERTURAS BÁSICAS

De aparecer como amparadas en la Carátula del Certificado, la Compañía cubre:

3.1 Saldo Deudor

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del Certificado, La Compañía pagará el Saldo Insoluto del Crédito respectivo, en una sola exhibición, al Beneficiario Preferente de conformidad con lo señalado en la carátula del certificado.

3.2 Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del Certificado, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula del Certificado a los Beneficiarios designados por el Asegurado. Las coberturas no excederán en ningún caso de la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula del Certificado correspondiente.

4. COBERTURAS ADICIONALES

De aparecer como amparadas en la Carátula del Certificado, la Compañía cubre los beneficios adicionales que operan en adición a las coberturas básicas:

4.1 Enfermedades Graves

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con una o varias de las Enfermedades Graves descritas en este apartado, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en la Carátula del Certificado. Las enfermedades aplicables para esta cobertura son las siguientes:

a) Cáncer

- b) Infarto Cardíaco
- c) Accidente Cerebro Vascular

4.1.1 Exclusiones

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

Exclusiones para Cáncer:

- a) Cáncer In Situ.
- b) Cáncer de Piel, entendiéndose por éste un crecimiento maligno en la piel a consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y/o la sobreexposición a rayos solares ultravioleta. Melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3 (es decir que la infiltración que ocupa no se haya expandido a la dermis papilar y no haya penetrado la dermis reticular). Para fines de lo dispuesto en esta exclusión, se entiende por Melanoma, un tipo de cáncer de piel que se origina en la multiplicación descontrolada de los melanocitos (células que contienen la melanina, pigmento responsable del bronceado) en las capas más profundas de la piel (o del ojo). Se describe como una lesión cutánea oscura e irregular que puede tener áreas de colores que varía y con frecuencia su diámetro es superior a los 6 mm (seis milímetros).
- c) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel; todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos.

Exclusiones para Infarto:

- a) En caso de infarto cardiaco; tratándose de un infarto subsecuente del miocardio siempre que haya sido diagnosticado previamente.
- b) Episodios de isquemia transitoria, es decir, con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas;

Para todo caso, queda excluido el anticipo en caso de cualquier Enfermedad Preexistente.

4.2 Beneficio adicional de Anticipo por Enfermedad Terminal

Si durante la vigencia del certificado, el Asegurado llegara a verse afectado por alguna de las Enfermedades en fase Terminal, descritas en el presente apartado, la Compañía le pagará como anticipo de la suma asegurada

de la cobertura básica por fallecimiento que se estipula en la carátula del certificado, un porcentaje de dicha suma, mismo que estará indicado en la carátula del certificado correspondiente.

Tal anticipo no excederá en ningún caso el límite establecido que resulte del producto de la Suma Asegurada Básica por el porcentaje de beneficio de Anticipo por Enfermedad Terminal, reduciendo en esa cantidad la Suma Asegurada Básica.

Para los efectos de este beneficio, se considerarán Enfermedades en fase terminal las siguientes listadas:

- a) Infarto cardiaco
- b) Accidente cerebrovascular.
- c) Cáncer en fase terminal.
- d) Insuficiencia renal crónica.
- e) Insuficiencia respiratoria crónica.
- f) Insuficiencia hepática crónica.

En caso de alguna enfermedad terminal no listada pero **Dictaminada** por un médico especialista en el ramo de que se trate la enfermedad, se podrá recibir este beneficio si durante el período de cobertura de la presente cláusula el Asegurado llegara a verse afectado por una Enfermedad Terminal declarada por su médico que cause la muerte dentro de los siguientes 180 días.

Para que proceda el beneficio, el Asegurado deberá proporcionar toda la evidencia médica que respalde el estado terminal, sujeto a que sea corroborado y aprobado por La Compañía con base en el numeral 2.15 de las presentes Condiciones Generales. En caso de que el asegurado titular por encontrarse en etapa terminal de alguna de las enfermedades señaladas no pudiera cobrar la Suma Asegurada, se podrá entregar la misma al beneficiario señalado en el Certificado de Seguros y la gestión del siniestro la deberá hacer el reclamante sustituto.

4.2.1 Exclusiones

Esta Cláusula no será aplicable cuando las Enfermedades Terminales sean consecuencia de:

- 1) Lesiones que intencionalmente se produzca a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.**
- 2) Se excluyen todos los cánceres de la piel, excepto el melanoma.**

5. PROCEDIMIENTO OPERATIVO

5.1 Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- a) Comunicar el ingreso de nuevos integrantes al Grupo Asegurado (Asegurados), así como entregar a la Compañía los Consentimientos respectivos respecto de las coberturas de fallecimiento.
- b) Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados.
- c) Comunicar a la Compañía cualquier cambio en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro.
- d) Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.

- e) Entregar los Certificados Individuales a cada Asegurado o bien, hacer del conocimiento de los Asegurados la información contenida en el Certificado Individual. Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no cumpla con esta obligación, los Asegurados podrán solicitarlo directamente a la Compañía.

5.2 Reporte de Movimientos

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento o disminución de beneficios, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico. El reporte de movimientos cuando menos deberá incluir la siguiente información de los Asegurados: nombre completo, fecha de nacimiento de los asegurados, sexo, dirección particular, correo electrónico, monto inicial del crédito, fecha de ingreso a la póliza, fecha de fin del crédito, plazo del crédito, entre otros.

5.3 Altas

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 de Seguro 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, 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.

5.4 Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, La Compañía devolverá la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes. La base para la determinación del monto a devolver es la prima neta pagada descontado el gasto de adquisición, la proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha de cancelación sobre la prima de riesgo del seguro.

En caso de que a La Compañía le sea notificado como Baja el Grupo Asegurado completo, es decir, que existiera una disolución completa del Grupo Asegurado, la póliza se dará por cancelada y se devolverán las proporciones del riesgo no corrido para cada uno de los integrantes.

La devolución de la prima que corresponda se realizará dentro de los 30 días siguientes al aviso de baja o cancelación del seguro a través del medio que sea solicitado por el Contratante.

5.5 Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado de Seguro que se expedirá al asegurado por conducto del Contratante no concuerda con la regla de Suma Asegurada, La Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado Individual de Seguro.

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

5.6 Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados para cada Seguro de Grupo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo;
- II. Suma Asegurada o regla para determinarla
- II. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
- II. Operación y Plan de seguros de que se trate;
- IV. Número de Certificado Individual, y
- V. Coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro. A solicitud del Contratante, La Compañía deberá entregar copia de este registro.

5.7 Administración del Contrato

La Compañía y el Contratante convienen la administración de este contrato será responsabilidad del Contratante, por lo que éste se obliga a recabar, resguardar y proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente a efecto de que ésta cumpla en tiempo y forma lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

6. MARCO NORMATIVO

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

- a) Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>
- b) Ley sobre el Contrato de Seguro
<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>
- c) Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
<http://www.gob.mx/conducef/documentos/marco-legal-26548?idiom=es2>
- d) Código Penal Federal
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la **Unidad Especializada de Atención al Asegurado** de nuestra Institución ubicada en Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.

Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA)

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 3

Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348. México, CDMX, Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx

Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708

Horario de Atención: lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, planta baja

Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, México, CDMX, Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx Teléfonos: 55 5340 0999

Usted puede acceder a este Contrato de Seguro a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de enero de 2021, con el número CNSF-S0018-0461-2020./CONDUSEF-004575-02

¿Conoce sus derechos antes y durante la contratación de un Seguro?

Cuando se contrata un seguro de vida, es muy común que se desconozcan los derechos que tiene como asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si conoce bien cuáles son sus derechos podrá tener claro el alcance que tiene su seguro, evitará imprevistos de último momento y estará mejor protegido



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de enero de 2021, con el número CNSFS0018-0461-2020./CONDUSEF-004575-02

Derechos Básicos como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario de un Seguro

Vida



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

¿Cómo saber cuáles son sus derechos cuando contrata un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil...

Como contratante tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

- Solicitar al Ejecutivo que le ofrece el seguro la identificación que lo acredita como tal.
- Recibir toda la información que le permita conocer las Condiciones Generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que está contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a su disposición cualquiera de las sucursales de Banco Santander y/o comunicarse a nuestro número telefónico de atención.
- Si se practica un examen médico para la contratación de su seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia (enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la contratación del seguro) respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.
- Solicitar por escrito a la aseguradora la información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que le ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

En caso de que ocurra el siniestro y de ser procedente la indemnización tiene derecho a:

- Recibir el pago de la suma asegurada contratada en su Póliza conforme a los plazos indicados en sus Condiciones Generales, por eventos ocurridos dentro del período de gracia (período de tiempo durante el cual surten efectos las coberturas de la Póliza en caso de siniestro, aunque no se haya pagado la prima en ese período). La prima pendiente de pago se descuenta de la suma asegurada a indemnizar.
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora, en caso de retraso en el pago de la suma asegurada.
- En caso de cancelación anticipada del seguro, tiene derecho a solicitar las primas no devengadas a la fecha efectiva de la cancelación, según aplique conforme a las Condiciones Generales del seguro.
- En caso de inconformidad con el tratamiento de su siniestro, puede presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA). 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.
Si presenta la queja ante CONDUSEF, puede solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

- Conocer a través de la CONDUSEF, si es beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de cualquier duda, ponemos a su disposición nuestro teléfono de atención en la CDMX e Interior de la República: 55 5169 4300.

Adicionalmente, puede acudir a nuestra Unidad Especializada para la Atención al Usuario, ubicada en Av. Juan Salvador Agraz No. 73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, CDMX., con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas, con número de teléfono 55 1037 3500 ext. 13597, 13599 y 13708.