

Estimado Cliente,

Agradecemos su confianza al haber contratado su Póliza de “**Ingreso Familiar 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 detenidamente la Póliza y sus Condiciones Generales, en ellas encontrará 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 el teléfono 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República.

Atentamente,

Zurich Santander Seguros México, S. A.

Contenido

1.	Definiciones	3
2.	Condiciones Generales.....	5
2.1.	Contrato.....	5
2.2.	Contratante.....	5
2.3.	Vigencia.....	5
2.4.	Edad	5
2.5.	Pago de Primas y Periodo de Gracia	6
2.6.	Derecho a Conocer la Comisión	6
2.7.	Moneda	6
2.8.	Rectificaciones y Modificaciones	7
2.9.	Comunicaciones	7
2.10.	Renovación Automática	7
2.11.	Incremento de Suma Asegurada.....	7
2.12.	Conversión	8
2.13.	Terminación del Seguro	8
2.14.	Beneficiarios	8
2.15.	Omisiones o declaraciones inexactas	9
2.16.	Pago de la Suma Asegurada	9
2.17.	Liquidación	9
2.18.	Indisputabilidad.....	9
2.19.	Suicidio	9
2.20.	Interés Moratorio	10
2.21.	Competencia	10
2.22.	Prescripción.....	10
2.23.	Entrega de Documentación Contractual.....	10
2.24.	Agravación del Riesgo	12
2.25.	Uso de Medios Electrónicos.....	13
2.26.	Carencia de Restricciones.....	13
2.27.	Residencia.....	13
3.	Descripción de las Coberturas.....	13
3.1.	Cobertura Básica de Fallecimiento.....	13
3.2.	Cobertura Adicional por Fallecimiento Accidental y Pérdidas Orgánicas	14
3.3.	Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente por Accidente	15
3.4.	Cobertura Adicional de Enfermedades Críticas	17
4.	Descripción de la Asistencia.....	18
4.1.	Asistencia Funeraria.....	19
5.	Documentación en Caso de Siniestro	20
6.	Marco Normativo	21

1. Definiciones

Asegurado

Persona física, titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden, en su caso, los derechos y obligaciones derivados del contrato.

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

Es la alteración súbita de las funciones cerebrales, originada por una deficiente circulación sanguínea, que produzca secuelas neurológicas con una duración mayor de 24 horas y que incluya cualquiera de los siguientes eventos:

- Infarto del Tejido Cerebral.
- Hemorragia Cerebral.
- Embolia de Fuente Extracraneal.

Adicionalmente, deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico.

Afección de Arterias Coronarias que requiera Puente Coronario

Es la estenosis u oclusión de las arterias coronarias que requieren de una intervención quirúrgica de puente coronario (conocido como BY-PASS).

La necesidad de la intervención quirúrgica deberá comprobarse a **La Compañía** mediante el resultado de la angiografía coronaria y el informe del médico tratante.

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.

Tratándose de leucemia y enfermedad de Hodgkin también están cubiertas.

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 los siguientes casos:

- a. Que 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.

Cuando **La Compañía** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el 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.

Cuando **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**.

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

El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar:

- Diálisis renal por lo menos una vez por semana.
- Trasplante de riñón.

La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta invalidez, se requerirá que haya sido continua durante el periodo de 3 meses establecido en la carátula de la póliza.

Se considera también como causa de Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo; en estos casos no opera el período de espera. Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

- Pérdida de un pie o una mano. - La amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total y permanente de funcionamiento.
- Pérdida de la vista. - La pérdida completa y definitiva de la visión.

Médico

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

Pérdida Orgánica

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación

quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total y permanente de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista de ese ojo.

Período de Espera

Período de tiempo contado a partir de la ocurrencia del Evento, que debe transcurrir y durante el cual deben mantenerse las condiciones que dieron origen al Evento, para que el Asegurado tenga derecho a recibir indemnización bajo este Contrato de Seguro.

Perito Médico

Se entenderá por perito médico al especialista con experiencia y certificación en la especialidad de que se trate.

2. Condiciones Generales

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**.

2.1. Contrato

La solicitud, la póliza de seguro, las Condiciones Generales, las cláusulas adicionales y los endosos, forman y constituyen prueba del Contrato.

2.2. Contratante

Es la persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado **La Compañía** en los términos consignados en la póliza y 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.

El Contratante y el Asegurado pueden ser la misma persona.

2.3. Vigencia

Cada cobertura contratada entra en vigor en la fecha de inicio de vigencia de la póliza y continuará durante el plazo de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

2.4. Edad

Se considera como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante **La Compañía**, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por **La Compañía** son de 18 años como mínimo y 64 años cumplidos como máximo. La edad máxima de renovación es de 69 años.

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. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Suma Asegurada se reducirá a la

proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a su edad real, la suma asegurada no se modificará y **La Compañía** reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad real, en la fecha de celebración del contrato.

Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del Contrato.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada en la solicitud de seguro fue incorrecta pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por **La Compañía**, se pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido comprar de acuerdo con la edad real y las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato.

Para los cálculos que se derivan de la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Si a la expedición de esta póliza la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por **La Compañía**, el Contrato quedará rescindido y **La Compañía** únicamente pagará el importe de la reserva matemática que hubiera y que corresponda a esta póliza en la fecha de rescisión.

2.5. Pago de Primas y Periodo de Gracia

- La prima de este seguro vence en el momento de la celebración del contrato.
- El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, mediante pagos semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso pagará la tasa de financiamiento que se dará a conocer al Contratante.
- La primera fracción vence en la fecha de celebración del contrato y las subsecuentes vencerán al inicio de cada período de acuerdo con la forma de pago pactada.
- El Contratante tiene derecho a un período gracia de 30 días, contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima o de la fracción que corresponda, para efectuar el pago correspondiente.
- Los efectos del Contrato cesarán automáticamente al término de dicho período, en caso de no haberse pagado la prima.
- El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas convenidas en las oficinas de **La Compañía**, para lo cual ésta expedirá el recibo correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior el Contratante y **La Compañía**, podrán convenir el pago mediante cargos automáticos en el instrumento bancario o financiero que para tal efecto autorice el primero. Si por alguna razón imputable al Contratante no pudiere realizarse el cargo de la prima, el Contrato cesará en sus efectos una vez transcurrido el término del período de gracia de 30 días señalado con anterioridad, hasta en tanto **La Compañía** no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba de dicho pago.

El párrafo anterior será aplicable cuando el pago de primas se realice mediante instrumento bancario o financiero.

2.6. Derecho a Conocer la Comisión

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a **La Compañía** que 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 diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.7. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Asegurado o de **La Compañía**, se harán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en el momento que se generen.

2.8. 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**”.

2.9. Comunicaciones

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de **La Compañía** en su domicilio social; las que se hagan al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que él haya señalado para tal efecto.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de **La Compañía** llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, **La Compañía** deberá comunicar al 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.

2.10. Renovación Automática

La Compañía renovará de forma automática la póliza por uno o más periodos de seguro iguales al originalmente pactado, a menos que:

- La edad alcanzada por el Asegurado sea mayor a 70 años cumplidos.
- El Asegurado comunique por escrito a **La Compañía** su deseo de no renovar, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor a 30 días a la fecha de vencimiento del periodo de seguro en curso.
- **La Compañía** comunique por escrito al Asegurado su deseo de no renovar, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor a 30 días a la fecha de vencimiento del periodo de seguro en curso.

Una vez cumplido lo anterior no se aplicarán requisitos de selección Adicionales. El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

En la renovación las condiciones de la póliza se mantendrán, ajustándose la Suma Asegurada de acuerdo con la cláusula de Incremento de Suma Asegurada, mientras que la prima podrá aumentar de acuerdo a la edad que tenga el Asegurado al momento de la renovación y por el incremento en la Suma Asegurada.

2.11. Incremento de Suma Asegurada

A la renovación de la póliza, la Suma Asegurada en la renovación de la póliza se incrementará al menos en la misma proporción en que se haya incrementado el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), publicado por el Banco de México al mes de la renovación. En caso de que

dicho incremento no haya sido publicado a la fecha de renovación de la Póliza, se utilizará el porcentaje de incremento aplicado por La Compañía en el mes inmediato anterior a la renovación.

2.12. Conversión

En cada aniversario de la póliza, La Compañía otorga al Asegurado el derecho a convertir la póliza contratada a otra con coberturas que previamente sean aprobadas por La Compañía como elegibles para efectuar dicha conversión, sin requerirse la presentación de pruebas de asegurabilidad.

Condiciones de conversión:

- Que el asegurado la solicite a La Compañía por escrito con 30 días de anticipación al aniversario de la póliza en que se desee la conversión.
- Que la edad alcanzada por el Asegurado a la fecha de conversión no sea superior a la edad máxima de renovación.
- Que las sumas aseguradas de las nuevas coberturas no excedan de las que se encuentren en vigor.
- Las primas para las nuevas coberturas se calcularán de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de conversión.
- La fecha de inicio de vigencia de las nuevas coberturas será la correspondiente al aniversario del seguro en que se efectúe la conversión.

2.13. Terminación del Seguro

El seguro bajo esta Póliza terminará por la primera de las siguientes eventualidades:

- La fecha de término de la vigencia señalada en la carátula de la Póliza y alguna de las partes haya notificado a la otra que no deseaba renovar el contrato.
- Falta de pago de primas del seguro, lo cual conlleva a la cesación de los efectos del contrato.
- A solicitud por escrito del Asegurado o Contratante.
- Al encontrarse fuera de las edades señaladas en la Cláusula de Edad.
- A la indemnización de la cobertura de fallecimiento o fallecimiento accidental.

2.14. Beneficiarios

En el caso en que exista una indemnización procedente por la cobertura contratada al ocurrir la muerte del Asegurado, La Compañía asumirá como Beneficiarios a los designados por el Asegurado y señalados en la carátula de la Póliza, teniendo el Asegurado en todo momento la opción a modificarlos. El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a La Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, 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.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a La Compañía y se haga constar en la presente póliza como lo previene la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

2.15. Omisiones o declaraciones inexactas

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a **La Compañía** todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a **La Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

2.16. Pago de la Suma Asegurada

El pago de la suma asegurada estará sujeto a lo previsto en este Contrato, en la Ley sobre el Contrato de Seguro y a que el o los Beneficiarios o sus representantes cumplan con lo siguiente:

- I) Requisiten debidamente los formatos que serán proporcionados por **La Compañía**;
- II) Entreguen toda la información que sobre los hechos relacionados con el siniestro **La Compañía** les exija, siempre y cuando dicha información sirva para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, de acuerdo a lo estipulado en el apartado 5. Documentación en Caso de Siniestro, de este contrato.

2.17. Liquidación

Las reclamaciones que resulten procedentes, deberán ser pagadas por **La Compañía** en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales posteriores de la fecha en que ésta haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que realicen el Asegurado o los Beneficiarios o sus representantes.

2.18. Indisputabilidad

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido 2 años a partir de la fecha de su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando **La Compañía** al derecho que le confiere la Ley para rescindir el Contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado al formular la solicitud de seguro, de su rehabilitación o en su caso, en el examen médico.

2.19. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 primeros años contados a partir de la

fecha de inicio de vigencia del seguro o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, **La Compañía** únicamente pagará el importe de las primas pagadas.

2.20. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada y ésta resulte procedente, no cumple con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés de conformidad con lo establecido por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso a partir de la negativa de **La Compañía** a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

2.22. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en cinco (5) años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos (2) años en los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los plazos a que se refiere el párrafo anterior no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que **La Compañía** haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de **La Compañía**.

2.23. Entrega de Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en póliza, condiciones generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivadas del contrato celebrado a través de alguno de los siguientes medios:

- a) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, **La Compañía** proporcionará la documentación contractual al Contratante del seguro, a través de los siguientes medios:

1. Físicamente en el momento de la contratación; y/o
 2. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o
 3. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación del seguro; y/o
- b) Cuando la contratación del seguro sea realizada vía telefónica, Internet o por cualquier otro medio electrónico, el Asegurado o Contratante están de acuerdo que **La Compañía** empleará los siguientes medios de identificación:
- Vía telefónica, mediante la grabación de venta y/o Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Cajero automático, mediante el número de Identificación Personal (NIP)
 - Intranet institucional, mediante Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Internet, mediante un número de Usuario y Password designado por el cliente.

El uso de los medios de identificación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

El cargo que se realiza a la cuenta designada por el Asegurado para el cobro de las primas es el medio por el cual se hace constar el pago de la prima.

- c) En caso de que, por cualquier motivo, el Contratante no reciba su documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro o requiera un duplicado de su póliza, deberá llamar al centro de atención telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República.
- d) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República, donde se le asignará un folio, el cual deberá proporcionar al ejecutivo de la sucursal bancaria a efecto de aplicar la correspondiente cancelación, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación.
- e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República, donde se le asignará un folio con el cual se procederá a aplicar la cancelación solicitada, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación.
- f) El cliente puede consultar el estatus de su póliza en cualquier momento llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República, o acudiendo a una sucursal bancaria
- g) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la modificación de los datos que considere conveniente a través de un Endoso, el cual deberá tramitarse a través de una sucursal bancaria o bien, vía correo electrónico a la cuenta de segurosteatiende@santander.com.mx. El cliente podrá conocer el resultado de su solicitud comunicándose al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.
- h) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la

Cláusula de Renovación Automática. En caso de que el Asegurador o Contratante no deseen la renovación de su producto, deberán de comunicarlo por escrito a **La Compañía** en donde se exprese su deseo de no renovarla adjuntando copia de su identificación oficial.

Los documentos podrán ser enviados a **La Compañía** vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de **La Compañía**.

2.24. 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**).

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 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.

2.25. 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."

2.26. Carencia de Restricciones

Este Contrato no estará sujeto a restricciones por cambios de residencia (siempre y cuando esta sea dentro de la República Mexicana) ocupación, viajes y género del Asegurado.

2.27. Residencia

La Compañía 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 **La Compañía**, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cambio.

La Compañía 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 **La Compañía** lo comunicará por escrito al Asegurado y/o Contratante con una antelación no menor a 30 días de la fecha del término de vigencia.

3. Descripción de las Coberturas

3.1. Cobertura Básica de Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la cobertura, **La Compañía** pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios designados por el Asegurado. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para **La Compañía**.

3.2. Cobertura Adicional por Fallecimiento Accidental y Pérdidas Orgánicas (Aplica únicamente si se especifica en la carátula de la póliza)

Pago de la Suma Asegurada por Fallecimiento Accidental y Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada vigente de esta cobertura, de acuerdo con la tabla de indemnizaciones, si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del contrato de seguro y de esta cobertura, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece o sufre alguna de las siguientes pérdidas orgánicas:

Tabla de Indemnizaciones

Por pérdida de:	Indemnización
La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo, o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

La indemnización en caso de Fallecimiento Accidental se pagará a los Beneficiarios designados y la correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de **La Compañía**, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con alguna pérdida orgánica, **La Compañía** tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Cancelación

Esta cobertura se cancelará automáticamente sin necesidad de declaración expresa de **La Compañía**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 69 años.

3.2.1. Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

a) Accidentes por participación del Asegurado en:

- **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el asegurado de forma activa.**
- **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua,**

- tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, o durante la práctica profesional de cualquier deporte.**
- b) Accidentes que ocurran al Asegurado al viajar en taxis aéreos, helicópteros.**
 - c) Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
 - d) Homicidio, muerte o pérdida de miembros, siempre y cuando se originen como resultado de la participación activa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
 - e) Suicidio o cualquier intento de este, mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
 - f) Muerte o pérdidas orgánicas ocurridas a consecuencia de encontrarse el Asegurado en estado alcohólico, cualquiera que sea su grado, a menos que no pueda imputársele culpa grave al mismo.**
 - g) Muerte o pérdidas orgánicas ocurridas a consecuencia de encontrarse el Asegurado bajo influencia de droga o estimulantes no prescritos por un médico.**
 - h) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
 - i) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 - j) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en el estado de enajenación mental.**
 - k) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**

3.3. Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente por Accidente
(Aplica únicamente si se especifica en la carátula de la póliza)

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado llegara a invalidarse total y permanente a causa de un accidente, **La Compañía** garantiza al Contratante el pago de la suma asegurada en vigor para esta cobertura.

El pago del beneficio a que se refiere el párrafo anterior, lo efectuará en la fecha en que termine el período de espera de 3 meses estipulado en la carátula de la póliza.

Comprobación del estado de Invalidez

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione **La Compañía**, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condición de obtenerlas y las que le solicite **La Compañía** relativas al estado de Invalidez Total y Permanente,

de acuerdo a lo estipulado en el apartado 5. Documentación en caso de Siniestro, de este contrato.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o con las pruebas aportadas del estado de Invalidez Total y Permanente.

En caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez de acuerdo con la definición:

- Cada parte designará a un médico, lo cual deberá realizarse dentro de un período de ocho días siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo.
- Los dos médicos deberán designar a un tercero, para el caso de discordia entre ellos, mismo que deberá ostentar un cargo técnico o directivo de un Instituto Nacional de la Especialidad Médica de que se trate la Invalidez o bien tener acreditación vigente por el consejo de la especialidad respectiva, designación que deberán efectuar dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados, considerándose su dictamen como inapelable por ambas partes.
- Los honorarios y gastos de los médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer médico quedarán a cargo de ambas partes por igual.
- Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de lo establecido en la cláusula "Competencia" de las Condiciones Generales de la Póliza.

Si las lesiones que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Cancelación

Esta cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **La Compañía**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 69 años.

3.3.1. Exclusiones

Esta cobertura no ampara cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales cometidos por el propio Asegurado.**
- d) Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo en los que el Asegurado participe directamente.**

- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, parapente, vuelos delta, vuelos ultraligeros, buceo, alpinismo, charrería, esquí y tauromaquia.**
- i) Lesiones sufridas estando bajo influencia de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- j) Enfermedad preexistente, con pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.**
- k) Invalidez originada o diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.**

3.4. Cobertura Adicional de Enfermedades Críticas
(Aplica únicamente si se especifica en la carátula de la póliza)

Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Críticas

Mediante esta cobertura **La Compañía** pagará al Asegurado la Suma Asegurada correspondiente, en caso de que le sea diagnosticada alguna de las enfermedades críticas que a continuación se detallan:

Enfermedades Críticas amparadas

Serán consideradas como enfermedades críticas las siguientes:

- **Infarto Cardíaco**
- **Accidente Cerebro Vascular**
- **Cáncer**
- **Afección de Arterias Coronarias que requiera Puente Coronario**
- **Insuficiencia Renal**

Aviso y comprobación de siniestro

Sin perjuicio de lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado deberá:

- a) Dar aviso del siniestro a **La Compañía** dentro de los 30 días siguientes a la fecha de diagnóstico de la enfermedad crítica.
- b) Presentar a **La Compañía**, dentro de los 60 días siguientes a la fecha del diagnóstico, los siguientes elementos comprobatorios:
 - El diagnóstico de la enfermedad crítica, confirmando mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
 - El diagnóstico deberá ser efectuado y certificado por un médico.
 - Asimismo, se deberá facilitar a **La Compañía** la comprobación de la enfermedad crítica.

En este sentido **La Compañía** podrá a su costa, solicitar elementos médicos adicionales y practicar al Asegurado hasta dos exámenes médicos con la intervención de médicos designados por ella.

Periodo de comprobación

Una vez recibido el diagnóstico de la Enfermedad Crítica y los elementos comprobatorios referidos en el apartado anterior, **La Compañía** dispondrá de 30 días contados a partir de la fecha de recepción de los documentos para realizar el pago, cuando éste proceda.

En caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación

a efecto de determinarse la existencia o persistencia, así como el carácter y grado de la enfermedad crítica:

- Cada parte designará a un médico, designación que deberá realizarse dentro de un período de ocho (8) días siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo.
- Los dos médicos deberán designar a un tercero, para el caso de controversia, designación que deberán efectuar dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados.
- Los honorarios y gastos de los médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer médico quedarán a cargo de ambas partes por igual.
- Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de lo establecido en la cláusula “Competencia” de las Condiciones Generales de la Póliza.

Cancelación

Esta cobertura se cancelará automáticamente sin necesidad de declaración expresa de **La Compañía**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 69 años.

3.4.1. Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- a) Enfermedades Preexistentes**
- b) Enfermedades que no correspondan a Enfermedades Críticas en los términos de esta cobertura**
- c) Alcoholismo o Drogadicción**
- d) Cáncer en la piel, salvo Melanomas Malignos**
- e) Cáncer Cérvico Uterino (in situ)**
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones**
- g) Angioplastia**
- h) Alteraciones Congénitas**

4. Descripción de la Asistencia

Definiciones

Asegurado

Se entenderá por éste, aquel cuyo nombre se encuentre indicado en la carátula de la póliza de seguro.

Prestador de Servicios.

Empresa designada por **La Compañía** para la prestación de la Asistencia.

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado la Asistencia a través del Prestador de Servicios que para tal efecto haya contratado **La Compañía**, quien coordinará y prestará lo que en adelante se pormenoriza, con base en las presentes condiciones. La duración de estos servicios corresponderá a la vigencia de la póliza emitida por **La Compañía**.

Para todos los efectos legales a que haya lugar, **La Compañía** será la única responsable por la actuación de la empresa que brindará los Servicios de Asistencia, en virtud del presente contrato.

4.1. Asistencia Funeraria

(Aplica únicamente si se especifica en la carátula de la póliza)

Definiciones aplicables a la Asistencia Funeraria:

Evento

Percance donde fallece el Asegurado.

Servicio Funerario

Coordinación y otorgamiento de los servicios descritos en las presentes condiciones, derivados de la muerte del Asegurado.

Descripción del Servicio de Asistencia

En caso de fallecimiento del Asegurado, El Prestador de Servicios coordinará y prestará lo que adelante se pormenoriza, con base a las presentes condiciones, con obligación hasta el límite máximo señalado en la carátula de la póliza por servicio.

Los servicios consistirán en:

- 1. Coordinación de los servicios funerarios en el lugar de residencia, coordinación de traslado y servicios en viaje por la República Mexicana.**
- 2. Asesoría sobre los trámites legales para la acreditación del fallecimiento ante la institución oficial.**
Por este servicio se brindará asesoría sobre los trámites legales que deben llevarse a cabo en el lugar donde se haya reportado o sucedido el fallecimiento.
- 3. Coordinación para el envío del médico que dará fe del fallecimiento.**
Por este servicio se coordinará el envío de un médico que de fe del fallecimiento del Asegurado cuando se trate de muerte natural en domicilio particular, quedando a consideración del médico la procedencia de la emisión del certificado. Los honorarios del médico enviado también serán cubiertos por el Prestador.
- 4. Traslado del cuerpo dentro de la Ciudad en donde haya ocurrido su fallecimiento.**
Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado al lugar de velación se cotizará y pagará dicho traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- 5. Traslado del cuerpo de una ciudad a otra.**
Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado de la ciudad en donde éste haya fallecido a una distinta, se cotizará y pagará por el traslado más la estadía del cuerpo en la funeraria de la ciudad destino a la que se haga el traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- 6. Traslado del Cuerpo del lugar de velación al Crematorio o Panteón.**
Se gestionará, cotizará y pagará el traslado del cuerpo del Asegurado al crematorio o Panteón; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- 7. Servicios de Velación y Funeraria.**
Estos servicios incluyen:
 - Ataúd metálico o de madera.
 - Urna para cenizas en el caso de cremación.
 - Arreglo estético del cuerpo, maquillaje y vestimenta, debiendo la vestimenta ser proporcionada por la persona que solicita el servicio.
 - Capilla ardiente para 40 personas en circulación.
 - Opción del servicio de velación en domicilio.

- Organización para celebrar servicios religiosos de cuerpo presente.
- Cremación o Inhumación a elección de los familiares.
- Honorarios por gestoría y trámites para la cremación o inhumación.
- Asesoría para la localización de nicho o fosa.
- Embalsamamiento.
- Permisos en casos de traslados.

Territorialidad

Los Servicios de Asistencia objeto de este Contrato se proporcionan única y exclusivamente en los Estados Unidos Mexicanos.

Características del Servicio

La coordinación de todos los servicios será en todos los Estados Unidos Mexicanos, las 24 (veinticuatro) horas, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, a través del número telefónico 55 5636 2499 donde se le brindará información necesaria para hacer uso del servicio requerido.

Cualquier servicio que exceda en costo al límite establecido en la carátula de la póliza será por cuenta de la persona que solicita el servicio, previo presupuesto o cotización del Prestador de Servicios, firmado por ambos. De no aceptarse el presupuesto o cotización, el servicio se prestará hasta agotar el límite máximo de responsabilidad establecido en la carátula de la póliza para esta Asistencia.

5. Documentación en Caso de Siniestro

Se solicitarán al Asegurado, en caso de Enfermedades Críticas, Pérdidas Orgánicas, Invalidez Total o Permanente por Accidente, o a el(los) Beneficiario(s), en caso de Fallecimiento, Fallecimiento Accidental, los siguientes documentos:

Fallecimiento

- Formato de reclamación proporcionado por **La Compañía**
- Comprobante de domicilio, con una antigüedad no mayor a tres meses
- Identificación oficial con fotografía de los beneficiarios
- Acta de Defunción Original
- Certificado de Defunción en copia simple

Fallecimiento Accidental

- Formato de reclamación proporcionado por **La Compañía**
- Comprobante de domicilio, con una antigüedad no mayor a tres meses
- Identificación oficial con fotografía de los beneficiarios
- Acta de Defunción Original o Certificada
- Certificado de Defunción en copia simple
- Actuaciones del Ministerio Público certificadas

Enfermedades Críticas

- Formato de reclamación proporcionado por **La Compañía**
- Historia Clínica completa
- Estudios Médicos confirmando el padecimiento
- Identificación oficial con fotografía del Asegurado
- Comprobante de domicilio del asegurado, con una antigüedad no mayor a tres meses

Pérdidas Orgánicas

- Comprobante de domicilio del Asegurado, con una antigüedad no mayor a tres meses
- Identificación oficial con fotografía del Asegurado
- Carta narración de hechos sobre Perdida Orgánica, fechada y firmada por Asegurado en original
- Resumen médico sobre Perdida Orgánica
- Actuaciones del Ministerio Público copias certificadas

Invalidez Total y Permanente por Accidente

- Formato de reclamación proporcionado por **La Compañía**
- Identificación oficial con fotografía del Asegurado
- Comprobante de domicilio del Asegurado, con una antigüedad no mayor a tres meses
- Dictamen de Invalidez emitido por una Institución Médica
- Carta narrando el accidente
- Actuaciones ministeriales copias certificadas

En aquellos casos en que con la documentación presentada no sea posible determinar las circunstancias del siniestro y las consecuencias del mismo, de acuerdo al Art. 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, **La Compañía** tiene el derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario(s) toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro.

6. Marco Normativo

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas en internet:

- LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.
<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-jurídico>
- CODIGO PENAL FEDERAL
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_010720.pdf

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, Ciudad de México,
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, Ciudad de México, 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 09 de diciembre del 2020, con el número CNSF-S0018-0458-2020, BADI-S0018-0027-2020 de fecha 15/04/2020, BADI-S0018-0083-2020 de fecha 19/08/2020, BADI-S0018-0053-2021 de fecha 14/02/2022, RESP-S0018-0033-2021 de fecha 28/10/2021 y CGEN-S0018-0032-2023 de fecha 04/04/2023 / CONDUSEF-004577-07.

Contenido

1. Definiciones	3
2. Especificaciones del Beneficio Adicional.....	4
3. Exclusiones	5
4. Terminación Anticipada	5
5. Vigencia	5
6. Renovación.....	5
7. Incremento de suma asegurada	5
8. Pago de Indemnizaciones o Suma Asegurada	5

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, que mediante la contraprestación del pago de la prima, asume la obligación de indemnizar los daños ocasionados por los riesgos amparados en el presente beneficio adicional con sujeción a las Condiciones Particulares y hasta los límites Asegurados, denominada de aquí en adelante como La Compañía.

1. Definición

es Asegurado

Persona física, titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden, en su caso, los derechos y obligaciones derivados del contrato.

Contratante

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

El Contratante y el Asegurado pueden ser la misma persona.

Edad

Se considera como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro. La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante La Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por La Compañía son de 18 años como mínimo y 64 años cumplidos como máximo.

Evento

Es la afectación que sufre el Asegurado, a consecuencia de la enfermedad diagnosticada, la cual conlleva a una hospitalización. Para efecto de esta cobertura se establece que cubre un único evento durante toda la vigencia de la póliza.

Institución de Salud

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Para efecto de esta póliza no se considera Institución hospitalaria Casas para ancianos, Casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Médico especialista

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

2. Especificaciones del Beneficio Adicional

Anticipo de Suma Asegurada de Fallecimiento por diagnóstico positivo de COVID-19, en caso que requiera necesariamente una hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Mediante este beneficio La Compañía indemniza al Asegurado por un único evento durante toda vigencia de la póliza, a través de un anticipo de Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de fallecimiento, en caso de diagnóstico con confirmación positivo para COVID-19, que requiera necesariamente una Hospitalización que se efectúa en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de una institución de salud y presente una situación de hipoxemia.

Lo anterior implica que el monto de dicha indemnización será considerado como un anticipo al pago de la Suma Asegurada, de la Cobertura Básica en que tuviera que incurrir La Compañía al ocurrir el fallecimiento del Asegurado. El anticipo de Suma Asegurada que otorga el presente Beneficio es por la cantidad de \$50,000.00 M.N.

El presente Beneficio Adicional es sin costo alguno para el Asegurado.

Para la determinación del evento será necesario cumplir con las siguientes definiciones:

- i. **Diagnóstico:** Se entenderá como certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV- 2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (INDRE).
- ii. **Hipoxemia:** Se define como el nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias; es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 60 mmHg. También se puede definir como una saturación de oxígeno menor de 90%.
- iii. **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos:** Se identifica como tal a la Hospitalización que se efectúa en una unidad de cuidados de salud en una institución de salud en la que de manera específica se destina personal y equipos altamente especializados, que ofrecen atención a pacientes clínicos y quirúrgicos, cuyas condiciones y riesgos para su vida requieren asistencia integral y monitoreo constante de sus signos vitales, con diagnóstico relacionado a la disminución de oxigenación pulmonar, por la complejidad de sus tratamientos o procedimientos y la gravedad de sus enfermedades.
- iv. **Deducible en Horas:** Para efecto de este beneficio se entiende como Deducible en Horas al plazo de Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos que se deberá cumplir, para esta cobertura será de 24 horas.

Para efectos de este beneficio, La compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación anteriormente mencionada.

En caso de que el médico que La compañía designe no ratifica el diagnóstico del COVID-19 las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de La compañía, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista, prevalecerá la opinión del médico dictaminador que La compañía designe.

En caso de que el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el anticipo de la Suma Asegurada de este Beneficio, este podrá designar a un tercero mediante carta poder simple que le acredite como apoderado o representante legal del Asegurado para que realice los trámites correspondientes; en caso de que el Asegurado no cuente con estas figuras, podrá hacer la reclamación alguno de sus familiares siempre que demuestre la relación familiar; adicional, en caso de la muerte del Asegurado se pagará la indemnización por diagnóstico y por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado haya designado en la póliza.

3. Exclusiones

Las indemnizaciones cubiertas por este beneficio no surtirán efecto cuando el asegurado haya sido diagnosticado como positivo con SARS-CoV-2, conocido como COVID-19, previo a la contratación de la póliza.

4. Terminación Anticipada

La Compañía dará por terminado este beneficio cuando ocurra alguna de las siguientes:

- i. El pago del beneficio de la cobertura al tener lugar el siniestro.
- ii. Cuando el paciente sea diagnosticado con COVID-19 y el asegurado no haya requerido una Hospitalización que se efectúa en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de una institución de salud.
- iii. A la cancelación de la póliza de Seguro de Vida.

5. Vigencia

El presente beneficio entrará en vigor a la hora y minutos del día de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza donde se especifica el Beneficio y continuará su vigor durante un año a partir de dicha fecha hasta la hora y minutos del día señalado como fin de vigencia en el mismo documento.

6. Renovación

El beneficio será renovado automáticamente en el primer aniversario siguiente a la emisión, si dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de vigencia de cada período, alguna de las partes no de aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, los documentos podrán ser enviados a La Compañía vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de La Compañía. Asimismo, y en atención al contenido de esta cláusula, La Compañía no está obligada a dar aviso de manera personal al Asegurado o Contratante sobre la renovación del beneficio de seguro.

La renovación será bajo los mismos términos y condiciones que fue contratada, siempre que el plan de la Póliza de Vida, que ampara la cobertura básica de fallecimiento esté vigente, caso contrario no se realizará la renovación del beneficio.

7. Incremento de suma asegurada

La renovación de la póliza se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad con base en las cuotas efectivas al momento de la renovación de la póliza, y la Suma Asegurada se incrementará, al menos en la misma proporción en que se haya incrementado el Índice Nacional de Precios al Consumidor, considerando el mes de diciembre del año anterior al mes de diciembre del año previo de renovación de la póliza, de acuerdo con la publicación del Banco de México. En caso de que dicho incremento no haya sido publicado a la fecha en que se realice la renovación de la póliza, se utilizará el porcentaje de incremento aplicado por La Compañía durante el mes inmediato anterior a la renovación.

8. Pago de Indemnizaciones o Suma Asegurada

El pago de Indemnización estará sujeto a lo previsto en este Contrato, en la Ley sobre el Contrato de Seguro y a que el Asegurado o sus representantes requisiten debidamente los formatos que serán proporcionados por La Compañía y entreguen toda la información que sobre los hechos relacionados con el siniestro La Compañía les exija, siempre y cuando dicha información sirva para determinar las circunstancias de la realización del evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

En particular, para el análisis de procedencia de éste Beneficio, se deberá presentar:

1. Nota de ingreso hospitalario y/o nota de egreso hospitalario o en caso de no contar con alguna de estas dos, deberá presentar el Resumen Clínico.
2. Prueba de COVID-19 con resultado POSITIVO
3. Hojas de enfermería que mencionen la saturación de oxígeno o la presión parcial de oxígeno.

Todos los pagos que La Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este contrato, se efectuarán en las Oficinas de La Compañía.

El reclamante, una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente póliza, extenderá a La Compañía el recibo de finiquito correspondiente que liberará a La Compañía de cualquier obligación derivada de este contrato por el monto del pago efectuado.

En caso que el Asegurado fallezca antes del pago correspondiente, la indemnización se pagará al Beneficiario designado en la póliza y a falta de éste a su sucesión legal.

El Asegurado, Beneficiario o familiar que vaya a reclamar el beneficio, deberá dar aviso a La Compañía del Siniestro a través de la Súper Línea al número telefónico **55 5169 4300** en la Ciudad de México e Interior de la República, para ser atendido por uno de nuestros ejecutivos.

Horarios de atención: De lunes a viernes de 09:00 a 20:00 horas. / Sábados de 10:00 a 15:00 horas. Le recomendamos tener a la mano la siguiente información:

- i. Número de cuenta y/o número de tarjeta (afectada)
- ii. Número de póliza.
- iii. Fecha del evento reclamado.
- iv. Domicilio completo (Calle, Número Ext., Int., Colonia, C.P., Delegación o Municipio, Entidad Federativa)
- v. Números telefónicos de contacto (local o celular).
- vi. Dirección de correo electrónico (indispensable)
- vii. Información detallada relativa al evento reclamado.

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 15 de abril de 2020 con el número de registro BADI-S0018-0027-2020 / CONDUSEF-004577-07.

Contenido

1. DEFINICIONES	3
2. SERVICIOS DE ASISTENCIA	3
2.1 Asistencia Telemedicina	3
2.2 Uso del Servicio	4
3. VIGENCIA	4
4. RENOVACIÓN	4

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.

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado los servicios de asistencia a través del Prestador de Servicios, que para tal efecto haya contratado La Compañía, quien coordinará y prestará lo que en adelante se pormenoriza, con base en las presentes condiciones.

En virtud de lo anterior, La Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Prestador de Servicios, en virtud de la relación contractual que tiene establecida con el Asegurado, misma que es independiente al convenio celebrado entre La Compañía y el Prestador de Servicios.

El presente Beneficio Adicional es sin costo alguno para el Asegurado.

1. DEFINICIONES

El Proveedor

Es el Prestador de Servicios que proporciona los Servicios de Asistencia al Usuario.

Servicios de Asistencia

Los servicios que el Prestador de Servicios proporcionará a los Usuarios en términos de lo establecido en el presente documento.

Telemedicina

Consulta médica con médico general por videoconferencia.

Usuario

Persona física que tiene derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento. Son considerados como Usuarios el Asegurado de la póliza y su familia, es decir, cónyuge, hijos y padres.

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA

A continuación, se describen los servicios que otorga el presente Beneficio Adicional para los asegurados que contraten el seguro al que va ligado este Beneficio.

2.1 Asistencia Telemedicina

Este servicio permite a los Usuarios, ponerse en contacto con un médico general a través de videoconferencia, además La Compañía coordinará los siguientes servicios de Asistencia:

- Video consulta Médica
- Información relacionada con medicamentos
- Prescripción de medicamentos que no requieran receta médica firmada.
- Interpretación de exámenes de laboratorio

- Prevención en la automedicación
- Prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia
- Primeros auxilios
- Referencias y coordinación de citas presenciales con médicos generales a precio preferencial
- Orientación en planificación familiar
- Orientación en educación sexual
- Orientación en vacunas

Este Servicio de Asistencia se proporciona los 365 días del año y las 24 horas del día sin límite de eventos durante la vigencia de la póliza.

2.2 Uso del Servicio

Para que el Usuario pueda acceder a todos los servicios y hacer uso de los servicios de asistencia, deberá seguir los siguientes pasos:

1. El usuario se comunica al (55) 55-11-05-26-71.
2. Un agente recibe la llamada para registrar la solicitud en el sistema y se asigna un médico por horario de consulta solicitado.
3. El médico recibe la consulta asignada en su plataforma y la acepta.
4. El sistema envía al asegurado un mail con los datos para la videoconferencia.
5. En el horario acordado el paciente y el médico se conectan a la consulta.

3. VIGENCIA

El presente beneficio adicional entrará en vigor a la hora y minutos del día de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza del producto asociado el cual estará ligado y continuará su vigor hasta la hora y minutos del día señalado como fin de vigencia en dicha carátula de póliza o hasta el momento de cancelación de la póliza.

4. RENOVACIÓN

Este beneficio será renovado automáticamente mientras la póliza se renueve conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del producto asociado.

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 19 de agosto de 2020, con número el número BADI-S0018-0083-2020 / CONDUSEF-004577-07.

Certificado Asistencia en Viajes Ingreso Familiar Santander

Certificado Asistencia en Viajes

Porque en Zurich Santander Seguros México queremos que estés tranquilo en las circunstancias más difíciles, adicional a tu seguro de "INGRESO FAMILIAR SANTANDER" te protegemos a ti y a tu familia con una Asistencia en Viajes, la cual cuenta con las siguientes características:

Los servicios de asistencia serán proporcionados por el Prestador seleccionado por Zurich Santander Seguros México, S.A. siempre que la Póliza de Seguro esté en vigor. Zurich Santander será en todo momento el responsable de los servicios proporcionados por dicho Prestador.

La asistencia aplica únicamente si se especifica en la carátula de la póliza

Asegurado: Se entenderá por éste a la persona mencionada como Titular de la póliza

Beneficiario: Para los efectos de esta cobertura, en primer término, se entenderá como tal, la persona que con dicho carácter aparezca consignada en la carátula de la póliza y, en segundo lugar, cualquier familiar o amistad del Asegurado que requiera para el Asegurado los servicios o beneficios derivados de la asistencia.

El Prestador de Servicios: Es el proveedor que proporciona el Servicio en Viajes al Beneficiario.

Servicio en Viajes: Coordinación y otorgamiento de los servicios descritos en las presentes condiciones, cuando se encuentre en viaje.

Evento: Percance ocasionado durante el transcurso de un viaje por el beneficiario.

Duración de los servicios: La duración de los servicios de asistencia será por el período en que el Asegurado se encuentre de viaje, siempre y cuando la póliza del seguro Ingreso Familiar Santander esté vigente.

Características del Servicio

La coordinación de todos los servicios será en todos los Estados Unidos Mexicanos, las 24 (veinticuatro) horas, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, a través del

número telefónico 55 5636 2499 donde se le brindará información necesaria para hacer uso del servicio requerido.

El límite máximo de responsabilidad se establece, dentro de este certificado, en la descripción de cada cobertura.

Cualquier servicio que exceda en costo al límite establecido será por cuenta del Beneficiario, previo presupuesto o cotización del Prestador de Servicios, firmado por ambos. De no aceptarse el presupuesto o cotización, el servicio se prestará hasta agotar el límite máximo de responsabilidad establecido.

Cobertura

En caso de viaje del Asegurado, se coordinarán y otorgarán los siguientes servicios de Asistencia:

Coberturas a Nivel Nacional

a) Orientación y consejería previa al viaje. El Prestador de Servicios le brindará información al Asegurado con respecto a los destinos antes de la partida de este, además de información sobre la ubicación de los cajeros automáticos, tasas de cambio, requisitos para las visas de pasaportes y precauciones sanitarias.

b) Referencias médicas. El Prestador de Servicios proveerá de información al Asegurado con respecto a nombres de médicos, dentistas y hospitales locales para que pueda concertar una cita.

c) Orientación médica vía telefónica. El Prestador de Servicios proporcionará orientación médica al Asegurado sobre síntomas o molestias que presente, si es necesario le recomendará la revisión personal de un médico. Así mismo le proporcionará información sobre primeros auxilios que debe aplicar en los casos de urgencia que se presenten. La orientación médica vía telefónica son recomendación, por lo que es responsabilidad del Asegurado su aplicación y seguimiento.

Los Médicos del prestador de servicios

Certificado Asistencia en Viajes Ingreso Familiar Santander

no emitirán diagnóstico, tratamiento ni recetarán medicamento alguno.

d) Transmisión de mensajes y contacto con amigos del Beneficiario. El Prestador de Servicios a través de una lada gratuita podrá comunicar al Asegurado con amigos, conocidos o asociados de trabajo, según resulte necesario y de acuerdo con la emergencia que se presente.

e) Asistencia con recetas médicas. El Prestador de Servicios proporcionará asesoría sobre farmacias cercanas: se proporcionará asistencia al Asegurado para la obtención de medicamentos recetados en farmacias locales o cercanas. La adquisición y costo de estos seguirán siendo responsabilidad del Asegurado.

f) Envío de documentos valiosos con costo de envío cubierto por el Beneficiario. El Prestador de Servicios se encargará de la coordinación para el envío de documentos valiosos que el Asegurado pueda haber olvidado durante el viaje, siendo el Asegurado el responsable del costo de envío.

g) Transferencia de fondos para gastos médicos. En caso de accidente personal o enfermedad del Asegurado, se transferirán fondos para el pago de gastos médicos, hasta por un máximo de \$40,000 pesos por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del Prestador de Servicios, el representante del Beneficiario deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del Prestador de Servicios.

h) Transporte de emergencia (en ambulancia terrestre – en lugar de residencia). En caso de una emergencia médica, el Prestador de Servicios organizará el traslado terrestre del Asegurado a su domicilio o al centro médico más cercano donde pueda ser atendido la situación de emergencia que se presente, dicho traslado deberá ser convenido con el médico tratante y bajo supervisión médica.

El costo de la ambulancia será cubierto por el Prestador de

Servicios hasta la cantidad de \$600 (Seiscientos pesos 00/100 M.N.), con derecho a dos eventos por año.

i) Transporte de emergencia (en ambulancia terrestre – en viaje): En caso de una emergencia médica durante un viaje, el Prestador de Servicios organizará el traslado terrestre del Asegurado al centro médico más cercano donde pueda ser atendida la situación de emergencia que se presente.

El costo de la ambulancia será cubierto por el Prestador de Servicios hasta la cantidad de \$2,000.00 (Dos mil pesos 00/100, M.N.) por evento, con derecho a dos eventos por año.

j) Envío de los hijos a su domicilio y permanecer en contacto con los miembros de la familia. El Prestador de Servicios se encargará del envío de los hijos del Asegurado a su hogar y la permanencia en contacto con los miembros de la familia o el empleador.

k) Regreso o continuación de viaje por enfermedad. Cuando la lesión o enfermedad del Asegurado impida la continuación del viaje, el Prestador de Servicios sufragará los gastos de traslado de los acompañantes hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

Si alguna de las personas trasladadas fuera menor de quince años y no tuviese quien le acompañe, el Prestador de Servicios a solicitud del Beneficiario, proporcionará una persona idónea para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o lugar de hospitalización.

l) Regreso o continuación de viaje por avería. En caso de avería o accidente del vehículo del Asegurado, el Prestador de Servicios sufragará cualquiera de los siguientes gastos:

- Cuando la reparación del vehículo no pueda ser efectuada el mismo día de su inmovilización, según el criterio del responsable del taller elegido por el Asegurado, la estancia en un hotel a razón de 10 días de Salario Mínimo

Certificado Asistencia en Viajes Ingreso Familiar Santander

General Vigente, por automóvil y evento.

- Gastos de desplazamiento del Asegurado y ocupantes hasta por 25 días de Salario Mínimo General Vigente, por automóvil y evento. Estos gastos serán aplicados a pasajes o para la renta de un automóvil.

m) Renta de auto o pago de hotel por robo de vehículo. En caso de robo total del vehículo del Asegurado y una vez cumplidos los trámites de denuncia ante las autoridades competentes, el Prestador de Servicios sufragará los siguientes gastos:

- La estancia en un hotel a razón de 10 días de Salario Mínimo General Vigente, por automóvil y evento.
- Renta de auto para el desplazamiento del Asegurado y ocupantes hasta por 25 días de Salario Mínimo General Vigente, por automóvil y evento.

n) Traslado y hotel por convalecencia. En caso de hospitalización, por emergencia en territorio nacional, durante el viaje, superior a cinco días, el Prestador de Servicios sufragará el importe del viaje de ida y vuelta, de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte más ágil, así como gastos de estancia a razón de 10 días de Salario Mínimo General Vigente por cada día, con máximo de 40 días de Salario Mínimo General Vigente.

o) Regreso anticipado. El Prestador de Servicios en caso de enfermedad, lesión grave o fallecimiento hará el pago de boleto del avión de regreso hasta por \$5,000.00 (Cinco mil pesos 00/100 M.N.)

p) Asistencia legal de emergencia. El Prestador de Servicios pondrá en contacto al Asegurado con abogados y embajadas y consulados de sus respectivos países en caso de que el Asegurado:

- Fuera detenido por autoridades locales.
- Sufriera un accidente de automóvil.
- Necesitare asistencia legal.

q) Comunicación con familiares y/o amigos del Asegurado. El Prestador de Servicios se

encargará de hacer los arreglos necesarios para establecer comunicación con amigos, conocidos o asociados de trabajo, según resulte necesario a través de una llamada gratuita.

r) Reemplazo urgente de boletos de viaje. En caso de pérdida de boletos de viaje, el Prestador de Servicios se encargará:

- Del envío de boletos nuevos.
- De la asistencia por el reembolso de los boletos perdidos.
- De gestionar el reemplazo y envío de boletos nuevos.
- De dar asistencia con los procedimientos para solicitar el reembolso de los boletos perdidos.

s) Servicio de mensajes de Emergencia. El Prestador de Servicios proporcionará atención telefónica que funcione las 24 horas para retener y transmitir mensajes de emergencia a viajeros, familiares inmediatos o asociados de trabajo.

t) Asistencia con equipaje perdido. Si la aerolínea perdiese el equipaje registrado del Asegurado, el Prestador de Servicios hará los arreglos necesarios para el envío inmediato de los artículos de reposición y para un anticipo de efectivo, además de asistir al Asegurado en el proceso de presentación de documentos.

Coberturas a Nivel Internacional

a) Asistencia médica en el extranjero. En caso de lesión o enfermedad del Asegurado en el extranjero, el Prestador de Servicios sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos por el médico que lo atienda. El límite máximo por tales conceptos será de USD \$5,000.00 (Cinco mil Dólares de los Estados Unidos de América) por año.

b) Gastos dentales de urgencia en el extranjero. En caso de una emergencia odontológica del Asegurado en el extranjero, el Prestador de Servicios sufragará los gastos dentales hasta por USD \$500.00 (Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América) por año.

c) Repatriación de restos. En caso de fallecer el Asegurado durante un viaje cubierto, el

Certificado Asistencia en Viajes Ingreso Familiar Santander

Prestador de Servicios pagará los gastos en que se incurra para devolver el cadáver a su país de residencia, el límite de responsabilidad máxima para esta cobertura es de USD \$5,000.00 (Cinco mil dólares de los Estados Unidos de América). Los gastos incluyen el embalsamamiento, la cremación, los féretros y el transporte.

d) Traslado y Hotel por Convalecencia. En caso de hospitalización, por emergencia en el extranjero, durante un viaje, superior a cinco días, el Prestador de Servicios sufragará el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte más ágil, así como los gastos de hospedaje a razón de USD \$100.00 (Cien Dólares de los Estados Unidos de América) diarios, con máximo de cinco días y facturación total por hospedaje de USD \$500.00 (Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América).

Certificado Asistencia Funeraria Ingreso Familiar Santander

Certificado Asistencia Funeraria

Porque en Zurich Santander Seguros México queremos que estés tranquilo en las circunstancias más difíciles, adicional a tu seguro de "INGRESO FAMILIAR SANTANDER" te protegemos a ti y a tu familia con una Asistencia Funeraria, la cual cuenta con las siguientes características:

Los servicios de asistencia serán proporcionados por el Prestador seleccionado por Zurich Santander Seguros México, S.A. siempre que la Póliza de Seguro esté en vigor. Zurich Santander será en todo momento el responsable de los servicios proporcionados por dicho Prestador.

Asegurado: Se entenderá por éste a la persona mencionada como Titular de la póliza, así como a los familiares directos del Titular de la siguiente manera:

- a) Padre o madre del Asegurado menores a 65 años al momento de la contratación de la póliza.
- b) Cónyuge o concubinario del Asegurado.
- c) Hijos menores a 18 años.

Beneficiario: Para los efectos de esta cobertura, en primer término, se entenderá como tal, la persona que con dicho carácter aparezca consignada en la carátula de la póliza y, en segundo lugar, cualquier familiar o amistad del Asegurado que requiera para el Asegurado los servicios o beneficios derivados de la asistencia.

El Prestador de Servicios: Es el proveedor que proporciona el Servicio Funerario al Beneficiario.

Servicio Funerario: Coordinación y otorgamiento de los servicios descritos en las presentes condiciones, derivados de la muerte del Asegurado.

Evento: Percance donde fallecen uno o más Asegurados.

Duración de los servicios: La duración de los servicios de asistencia será por el período de vigencia de la póliza de seguro.

Características del Servicio

La coordinación de todos los servicios será en todos los Estados Unidos Mexicanos, las 24 (veinticuatro) horas, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, a través del número telefónico 55 5636 2499 donde se le brindará información necesaria para hacer uso del

servicio requerido.

El límite máximo de responsabilidad por evento establecido para la Asistencia Funeraria es de \$25,000, cubriendo hasta dos eventos al año por familia.

Cualquier servicio que exceda en costo al límite establecido será por cuenta del Beneficiario, previo presupuesto o cotización del Prestador de Servicios, firmado por ambos. De no aceptarse el presupuesto o cotización, el servicio se prestará hasta agotar el límite máximo de responsabilidad establecido.

Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado o cualquiera de los asegurados familiares, El Prestador de Servicios coordinará, prestará y pagará lo que adelante se pormenoriza, en atención a las necesidades específicas del Beneficiario, con base en las presentes condiciones, con obligación para cada asegurado o familiar directo hasta el límite máximo de responsabilidad. En caso de muerte accidental donde fallecieran dos o más integrantes de la familia en el mismo evento, El Prestador de Servicios coordinará, prestará y pagará los servicios funerarios hasta el límite máximo de responsabilidad establecido para cada uno de los asegurados.

En caso de solicitar los servicios o beneficios por muerte del Asegurado o de los asegurados familiares el Beneficiario tendrá derecho a lo siguiente:

1. **Coordinación de los servicios funerarios en el lugar de residencia, coordinación de traslado y servicios en viaje por la República Mexicana.**
2. **Asesoría sobre los trámites legales para la acreditación del fallecimiento ante la**

Certificado Asistencia Funeraria Ingreso Familiar Santander

institución oficial. Por este servicio se brindará asesoría sobre los trámites legales que deben llevarse a cabo en el lugar donde se haya reportado o sucedido el fallecimiento.

3. **Coordinación para el envío del médico que dará fe del fallecimiento.** Por este servicio se coordinará el envío de un médico que de fe del fallecimiento del Asegurado o de los Asegurados Familiares cuando se trate de muerte natural en domicilio particular, quedando a consideración del médico la procedencia de la emisión del certificado. Los honorarios del médico enviado también serán cubiertos por el Prestador de Servicios.

4. **Traslado del cuerpo dentro de la Ciudad en donde haya ocurrido su fallecimiento.** Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado al lugar de velación se cotizará y pagará dicho traslado; así mismo, se gestionará y pagarán los permisos correspondientes.

5. **Traslado del cuerpo de una ciudad a otra.** Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado de la ciudad en donde éste haya fallecido a una distinta, se cotizará y pagará por el traslado más la estadía del cuerpo en la Funeraria de la ciudad destino a la que se haga el traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.

6. **Traslado del Cuerpo del lugar de velación al Crematorio o Panteón.** Se gestionará, cotizará y pagará el traslado del cuerpo del Asegurado al Crematorio o Panteón; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.

7. **Servicios de Velación y Funeraria.** Se pondrá a consideración del Beneficiario los paquetes de servicios funerarios que existan, elegido uno, se realizarán las gestiones a que haya lugar y pago de lo siguiente:

- Ataúd metálico o de madera.
- Urna para cenizas en el caso de cremación.

- Arreglo estético del cuerpo, maquillaje y vestimenta, debiendo la vestimenta ser proporcionada por el Beneficiario.
- Capilla ardiente para 40 personas en circulación.
- Opción del servicio de velación en domicilio.
- Organización para celebrar servicios religiosos de cuerpo presente.
- Cremación o Inhumación a elección de los familiares.
- Honorarios por gestoría y trámites para la cremación o inhumación.
- Asesoría para la localización de nicho o fosa.
- Embalsamamiento.
- Permisos en casos de traslados.

Territorialidad

Los Servicios de Asistencia objeto de este Contrato se proporcionan única y exclusivamente en los Estados Unidos Mexicanos.

Reembolso

En caso de que el Beneficiario por ignorancia o por situaciones especiales no haya hecho uso de esta asistencia, el Prestador le reembolsará las cantidades que haya erogado por conceptos similares a los contemplados en esta cobertura, con tope en el límite máximo de responsabilidad establecido, con base en las condiciones de la presente asistencia; también el Prestador reembolsará al Beneficiario las erogaciones que haya hecho cuando utilice prestadores de servicios funerarios con los que no se tenga convenio. Es derecho del Prestador verificar con el emisor de los comprobantes de servicios funerarios la emisión de estos, así como la efectiva prestación de los servicios que dichos documentos señalen.

Requisitos para proporcionar la Asistencia Funeraria

En caso de ocurrir el fallecimiento del(os) Asegurado(s) por el que se requieran de los servicios del Prestador, se deberá realizar lo siguiente:

1. Dar aviso al Prestador tan pronto como se tenga conocimiento del hecho antes de llevar a cabo los servicios funerarios, salvo

Certificado Asistencia Funeraria Ingreso Familiar Santander

caso de fuerza mayor o caso fortuito en que se deberá comunicar tan pronto desaparezca el impedimento.

2. Presentarse ante la autoridad competente para dar fe del fallecimiento del(os) Asegurado(s).
3. El servicio que proporciona el Prestador se brindará siempre y cuando se encuentre vigente la póliza de Vida a la cual está asociado el presente certificado o en su caso, cuando el Asegurado indicado en la carátula de póliza del seguro de Vida esté dado de alta en la base de datos de Zurich Santander Seguros México, S.A.

Causas de demora para iniciar los servicios

1. Demora en la entrega del certificado de defunción por la autoridad.
2. Ausencia de una persona responsable (familiar) lo que implica envío de documentos para acreditar la identidad y responsabilidad.
3. Aclaración de hechos y deslinde de responsabilidades legales en los casos de muerte violenta, (suicidio, homicidio o accidente.)

De las obligaciones del beneficiario El beneficiario tendrá las siguientes obligaciones:

A. Solicitud de Asistencia.- En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario debe llamar al Prestador al número 55 5636 2499 facilitando los siguientes datos:

1. El lugar donde se encuentra, número de teléfono donde se puede contactar al Beneficiario de la Asistencia y todos los datos que el operador le solicite.
2. Nombre, número de póliza, vigencia.
3. Indicar el servicio que requiere.
4. Abstenerse de hacer arreglos o gastos sin haber consultado al Prestador.

Reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a

una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los noventa (90) días naturales siguientes de la fecha en que se produzca el fallecimiento del Asegurado.

Exclusiones

Las exclusiones aplican para el titular y para los familiares directos del titular.

Esta asistencia no ampara los gastos o servicios funerarios cuando el fallecimiento sea a consecuencia de:

a) Enfermedades Preexistentes; sin que sea limitativo se incluye como enfermedades preexistentes las siguientes: Neurofibromatosis, Neurocisticercosis, Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento, así como Neoplasias del sistema nervioso central y Neuropatía periférica.

b) Accidentes que ocurran por la participación directa del Asegurado en:

- Servicio militar, actos de guerra, revolución, insurrección o actos de terrorismo.
- Riña siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador.
- Alborotos populares.
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe el Asegurado de forma activa.
- Paracaidismo, buceo,

**Certificado Asistencia Funeraria
Ingreso Familiar Santander**

alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, cualquier tipo de deporte aéreo y en general, la práctica profesional de cualquier deporte.

c) Accidentes que ocurran al Asegurado al viajar en taxis aéreos, helicópteros, o cualquier aeronave que no esté sujeta a itinerarios regulares.

d) Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de un avión, excepto cuando viajare como pasajero en uno de compañía comercial debidamente autorizada que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.

e) Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales, cuando él sea el provocador.

f) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.

g) Muerte o lesiones resultantes por culpa directa del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico, cualquiera que sea su grado, o bajo influencia de drogas o estimulantes no prescritos por un médico.

h) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión síquica nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

i) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

j) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

k) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

l) Suicidio o cualquier intento de este, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

m) Accidentes que ocurran al Asegurado por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.

n) Inhalación de gases o humo, salvo que sea consecuencia de un accidente; o

o) Muerte que se manifieste posteriormente al día 90 después de ocurrido el accidente.

REGISTRO ESPECIAL

"ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS A LA LEY SOBRE CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DE 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 Compañía 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 Compañía en lo sucesivo. **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Para los efectos del párrafo 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 Compañía 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 **Zurich Santander Seguros México, S.A.** 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 el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, 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 si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a 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.

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 28 de octubre de 2021, con el número RESP-S0018-0033-2021 / CONDUSEF-G-01351-001.

CLAUSULA GENERAL

AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

La Compañía amplía el periodo de gracia para el pago de la prima o las fracciones pactadas, en caso de pago en parcialidades, por un plazo de 60 días naturales adicionales a los estipulados en el Contrato de Seguro.

Si la prima no es pagada 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 o de la fracción pactada, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que se presente un siniestro amparado durante el transcurso del periodo de gracia sin que la prima hubiera sido pagada, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período del seguro contratado.

Los demás términos y condiciones del contrato de seguro no se modifican de manera alguna.

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 04 de abril de 2023, con el número CGEN-S0018-0032-2023/CONDUSEF-G-01517-001.

¿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 09 de diciembre del 2020, con el número CNSF-S0018-0458-2020, BADI-S0018-0027-2020 de fecha 15/04/2020, BADI-S0018-0083-2020 de fecha 19/08/2020, BADI-S0018-0053-2021 de fecha 14/02/2022, RESP-S0018-0033-2021 de fecha 28/10/2021 y CGEN-S0018-0032-2023 de fecha 04/04/2023 / CONDUSEF-004577-07.

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 o el valor de rescate 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 Ciudad de México 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, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, Ciudad de México., 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.