

Estimado cliente,

Agradecemos su confianza al haber contratado su Póliza de **"Protección Médica PyME"** 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 los teléfonos 5169 4300 en la CDMX e interior de la República.

Atentamente

Zurich Santander Seguros México, S. A.

CUSF

Contenido

1 Definiciones

- 1.1 Zurich Santander Seguros México, S.A
- 1.2 Accidente
- 1.3 Asegurado
- 1.4 Beneficiario
- 1.5 Cirugía o intervención quirúrgica o procedimiento quirúrgico
- 1.6 Cáncer con metástasis
- 1.7 Cáncer in Situ
- 1.8 Contratante
- 1.9 Diagnostico
- 1.10 Enfermedad Grave
- 1.11 enfermedad
- 1.12 Etapas Médicas del cáncer
- 1.13 Hospital
- 1.14 Médico
- 1.15 Melanoma
- 1.16 Padecimientos Preexistentes
- 1.17 Póliza y/o Contrato de Seguro
- 1.18 Quirófano
- 1.19 Suma Asegurada
- 1.20 Tumor Benigno

2 Coberturas

- 2.1 Cobertura Básica por fallecimiento
 - 2.1.1 Edades de aceptación
 - 2.1.2 Suicidio
 - 2.1.3 Procedimiento en caso de siniestro Cobertura Básica
- 2.2 Cobertura Adicional por Graves Enfermedades
 - 2.2.1 Enfermedades que forman parte de la cobertura
 - 2.2.1.1 Diagnostico de Neoplasia Maligna (Cáncer)
 - 2.2.1.1.1 Exclusiones particulares para cualquier tipo de Neoplasia Maligna (Cáncer)

2.2.1.2 Infarto al Miocardio

2.2.1.2.1 Exclusiones particulares para Infarto al Miocardio

2.2.1.3 Infarto y/o Hemorragia Cerebral (Enfermedad Vascular Cerebral)

2.2.1.3.1 Exclusiones particulares para Infarto y/o Hemorragia Cerebral

2.2.1.4 Cirugía Coronaria

2.2.1.5 Insuficiencia Renal Crónica

2.2.1.5.1 Exclusiones particulares para Insuficiencia Renal Crónica

2.2.2 Exclusiones Generales de la cobertura de Graves Enfermedades

2.2.3 Periodo de carencia

2.2.4 Límite máximo de responsabilidad

2.2.5 Edades de aceptación

2.2.6 Procedimiento en caso de siniestro Coberturas Graves Enfermedades

2.2.7 Procedimientos Preexistentes

2.2.8 Cancelación de la cobertura

2.3 Cobertura Adicional por Cirugías de Primera Necesidad

2.3.1 Estancia Hospitalaria

2.3.2 Periodo de Carencia

2.3.3 Límite máximo de responsabilidad

2.3.4 Edades de aceptación

2.3.5 Exclusiones

2.3.6 Procedimiento en caso de siniestro Coberturas de Cirugía

2.3.7 Padecimientos Preexistentes

2.4 Asistencia Dental

2.4.1 Edades de Aceptación

2.4.2 Descripción de la Asistencia

2.4.3 Términos y condiciones

2.4.4 Exclusiones Generales de la Asistencia Dental

3 Condiciones Generales

3.1 Vigencia

3.2 Renovación

3.3 Terminación del Certificado

3.4 Movimientos en el Grupo Asegurado

- 3.4.1 Obligación del contratante
- 3.4.2 Alta de Asegurados
- 3.4.3 Baja de Asegurados
- 3.4.4 Registro de Asegurados
- 3.4.5 Cambio de contratante
- 3.4.6 Certificados Individuales
- 3.5 Derecho de seguro individual
- 3.6 Participación en las utilidades o dividendos
- 3.7 Designación de Beneficiarios
- 3.8 Cancelación
- 3.9 Prima
- 3.10 Rectificación de la Póliza (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro)
- 3.11 Integridad del Contrato de Seguro
- 3.12 Modificaciones al Contrato
- 3.13 Omisiones o Declaraciones Inexactas
- 3.14 Disputabilidad
- 3.15 Prescripción
- 3.16 Edad
- 3.17 Expediente de Identificación
- 3.18 Moneda
- 3.19 Interés Moratorio
- 3.20 Notificaciones
- 3.21 Comunicaciones
- 3.22 Competencia y Jurisdicción
- 3.23 Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas
- 3.24 Carencia de Restricciones
- 3.25 Entrega de Documentación Contractual
- 3.26 En caso de Siniestro
- 3.27 Unidad Especializada para la Atención a Usuarios (UEA)
- 3.28 CONDUSEF

Condiciones Generales

1 Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

1.1 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 **La Compañía**.

1.2 Accidente

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

1.3 Asegurado

Es la persona física cuyo nombre aparece en el Certificado de Seguro y que está expuesta a los riesgos cubiertos por la presente Póliza.

1.4 Beneficiario

Es la persona o las personas designadas en el Certificado de Seguro, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. En términos generales, el beneficiario del presente seguro es el Asegurado y solo en caso de fallecimiento de éste lo serán las personas que éste designe con tal carácter. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.

1.5 Cirugía de Intervención quirúrgica o procedimiento quirúrgico

Es el procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, mediante técnicas invasivas que implican la presencia de un anestesiólogo y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

1.6 Cáncer con Metástasis

Enfermedad crónica degenerativa, con un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor maligno y la invasión de tejidos mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, mediante los sistemas linfáticos o circulatorios.

1.7 Cáncer In Situ

Enfermedad crónica degenerativa con un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor y no presenta la propagación de células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes.

1.8 Contratante

Es la persona que celebra el presente contrato de seguro con la Aseguradora y que tiene a su cargo el pago de la prima correspondiente. El cual podrá ser Asegurado.

1.9 Diagnóstico

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

1.10 Enfermedad Grave

Para efectos del presente Contrato de Seguro, se considerará como Enfermedad Grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado de Enfermedades Graves.

1.11 Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen externo o interno con relación al organismo. Son materia de este seguro solo las enfermedades que ameriten tratamiento quirúrgico y se mencionen en el Certificado de seguro.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad o padecimiento.

1.12 Etapas Médicas del Cáncer

Cáncer de mama	Descripción
Etapas	
I	Tumor localizado
IIA	Tumor 2 cm. con metástasis a ganglios solo axilares
IIB	Tumor mayor de 2 cm menor de 5 cm con metástasis a ganglios ipsolaterales
IIIA	Tumor mayor a 5 cm con metástasis a ganglios y a otras estructuras
IIIB	Tumor cualquier tamaño con metástasis distales
IV	Tumor metástasis grado terminal

Cáncer de cérvicouterino	Descripción
Etapas	
IA	Solo a cuello uterino
IB	Dx por microscopia
II	Más allá del cuello uterino
IIA	Afección no obvia
IIB	Afección obvia
III	Extensión de carcinoma al tercio inferior de la vagina o pared pélvica lateral
IIIA	Afección a vagina sin extensión a pared pélvica
IIIB	Afección a vagina con extensión a pared pélvica, a riñón.
IV	Carcinoma extendido más allá de la pelvis
IVA	Invasión más allá como recto, vejiga
IVB	Propagación a órganos distantes

Cáncer de Próstata	Descripción
Etapas	
Tx	No puede evaluarse

T0	Sin evidencia de tumor
Tis	Carcinoma In Situ
T1a	Menos 5% para enfermedad benigna
T1b	Más de 5% para enfermedad benigna
T1c	Detectado por aumento de tamaño
T2a	Tumor en el lóbulo
T2b	Tumor en ambos lóbulos
T3a	Extensión extracapsular
T3b	Afección a vesículas seminales
T4	Afección a órganos adyacentes

1.13 Hospital

Es la institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado.

1.14 Médico

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar directo del Asegurado.

1.15 Melanoma

Es un tipo de cáncer de piel que aparece cuando las células llamadas melanocitos se convierten en malignas

1.16 Padecimientos Preexistentes

Se considera preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

1. Que haya sido declarado o no antes de la celebración del contrato, y/o;
2. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de seguro, y/o;
3. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico y/o;
4. Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

1.17 Póliza y/o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre **La compañía** y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo las declaraciones del mismo formuladas en la solicitud, así como todos aquellos documentos entregados por **La Compañía** al Contratante como son la Póliza, Certificados, Condiciones Generales, endosos y cualquier otro documento adicional entregado por o **La Compañía**.

1.18 Quirófano

Espacio físico equipado con el equipo necesario donde se llevan a cabo intervenciones quirúrgicas.

1.19 Suma Asegurada

Es la cantidad máxima para cada una de las coberturas establecida en la carátula de Póliza/Certificados, por la que tendrá responsabilidad **La Compañía**, en caso de proceder la reclamación.

1.20 Tumor Benigno

Crecimiento anormal en alguna parte del cuerpo, formadas a partir del desarrollo de células adicionales, las cuales forman masa; los tumores benignos son cancerosos crecen en una parte del cuerpo, no se diseminan ni se evaden.

2 Coberturas

2.1 Cobertura Básica por Fallecimiento

La **Compañía** pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura cuando el Asegurado fallezca dentro de la vigencia de esta Póliza y del respectivo Certificado.

2.1.1 Edades de Aceptación

Solo podrán quedar cubiertas por este seguro en el caso de:

1. Contratación desde 18 años hasta los 60 años de edad.
2. Renovación hasta los 60 años.

2.1.2 Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro del primer año de la vigencia continua del contrato y del respectivo Certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental y físico del Asegurado, La Compañía solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado fallecido. Este será el pago total que se hará por concepto del Seguro. En caso de rehabilitación del seguro, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por La Compañía.

2.1.3 Procedimiento en caso de Siniestro

Aviso

En el caso de presentarse algún evento indemnizable bajo esta cobertura, este debe ser notificado a **La Compañía** dentro de los 5 días siguientes a su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

Comprobación del Siniestro.

El reclamante presentará a **La Compañía** la siguiente información de acuerdo al evento ocurrido:

- a. Certificado individual expedida por La Compañía (si lo tuviera)
- b. Original o copia certificada del Acta de defunción del Asegurado.
- c. Certificado de defunción
- d. 2 copias de la identificación oficial vigente de los beneficiarios y del Asegurado
- e. Copia del acta de nacimiento del Asegurado y de los Beneficiarios.
- f. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios
- g. Formatos de declaración de fallecimiento proporcionados por **La Compañía**

En adición a la documentación señalada anteriormente, **La Compañía** podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de reclamación.

2.2 Cobertura Adicional por Graves Enfermedades

(Aplica únicamente si se especifica en el certificado individual)

Las enfermedades de esta cobertura quedarán amparadas luego de transcurrir 90 días naturales de cobertura continua e interrumpida a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

La Compañía pagará la suma asegurada de la cobertura contratada al propio Asegurado si durante la Vigencia de ésta se presenta la ocurrencia del evento de acuerdo a las definiciones adelante señaladas.

La cobertura está limitada únicamente al primer diagnóstico durante la vida del Asegurado dentro de la vigencia de la Póliza, de una de las enfermedades que forman parte de la cobertura. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación de alguna o incluso la misma enfermedad que se realice **La Compañía** no será indemnizada por este seguro.

2.2.1 Enfermedades que forman parte de la Cobertura

Las siguientes enfermedades son aplicables únicamente si se especifican en el Certificado individual.

2.2.1.1 Diagnóstico por Neoplasia Maligna (Cáncer)

La Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual de Seguro para ésta enfermedad, si durante la vigencia del Certificado el Asegurado es diagnosticado por vez primera con algún tipo de cáncer.

Definición: Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión de ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario.

2.2.1.1.1 Exclusiones particulares para cualquier tipo de Neoplasia Maligna (Cáncer)

- 1. Toda forma de tumores benignos.**
- 2. Los estadios precoces de los tumores malignos que son todas aquellas neoplasias que logran su curación total con gastos mínimos de tratamiento y/o prácticas médicas, cuyos costos de curación resultan de bajo impacto económico, quedando incluidos de manera enunciativa entre los siguientes:**
 - **Etapas A del Cáncer del Cólono de la clasificación de Dukes;**
 - **Etapas A del Cáncer de la Próstata o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor);**
 - **Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyéndola displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos;**
 - **Carcinoma in situ, no invasivo;**
 - **Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark.**
- 3. Cualquier cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.**
- 4. Cualquier tumor que ocurra en la presencia del Virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), si al momento de producirse el Asegurado tiene síndrome de inmunodeficiencia.**

deficiencia adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV. A los fines de esta exclusión, el término “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” tendrá el significado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA”).

El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al sarcoma de Kaposi, al Linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- 5. Todo cáncer de mama en etapas menores a IV**
- 6. Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T0.**
- 7. Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM y si en un centímetro o menos de diámetro hay metástasis.**
- 8. Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5 mm de espesor de Breslow o menor al nivel de III de tipo no metastásico.**
- 9. Cualquier tumor maligno clasificado al menos como T1N0M0.**
- 10. Leucemia crónica Linfocítica menor que etapa III**
- 11. Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como premalignos.**
- 12. Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos.**
- 13. Leucemia linfática crónica**
- 14. Todo cáncer cuyo estudio diagnosticado se haya iniciado con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza/Certificado o durante el periodo de Carencia.**

2.2.1.2 Infarto al Miocardio

La Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada estipulada en el Certificado individual de seguro para esta enfermedad, cuando ocurra en el Asegurado la muerte de una porción del músculo del corazón ocasionado por un inadecuado suministro de sangre al área pertinente.

2.2.1.2.1 Exclusiones particulares para Infarto al Miocardio

- 1. La angina de pecho estable o inestable**
- 2. Todo infarto de Miocardio que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia humana (HIV), si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV. A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”**

tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA”).

2.2.1.3 Infarto y/o Hemorragia Cerebral (Enfermedad Vascular Cerebral)

La Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual de seguro para esta enfermedad, cuando ocurra un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

2.2.1.3.1 Exclusiones particulares para Infarto y/o Hemorragia Cerebral

- 1. Los Accidentes Cerebro Vasculares transitorios**
- 2. Las lesiones cerebrales causadas por traumatismo o hipoxia o reducción crítica de oxígeno.**
- 3. Todo Accidente Cerebro Vascular que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV. A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA”).**

2.2.1.4 Cirugía Coronaria

La Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual de seguro para esta enfermedad, cuando ocurra una cirugía de apertura de tórax para corregir el estrechamiento u obstrucción de una o más de las arterias coronarias con desviación de injertos.

2.2.1.5 Insuficiencia Renal Crónica

La Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual de seguro para esta enfermedad, cuando ocurra una falla crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

2.2.1.5.1 Exclusiones particulares para Insuficiencia Renal Crónica

Toda insuficiencia renal que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV. A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA”).

2.2.2 Exclusiones Generales de la cobertura de Graves Enfermedades

- Los padecimientos Preexistentes**
- Complicaciones de Padecimientos Preexistentes**

2.2.3 Periodo de carencia

Las Graves Enfermedades quedarán amparadas luego de transcurrir 90 días de cobertura continua e ininterrumpida a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

2.2.4 Límite Máximo de Responsabilidad

El límite de responsabilidad a cargo de La Compañía será solo por la primera indemnización por alguna de las Graves Enfermedades amparada en este seguro.

2.2.5 Edades de Aceptación

Solo podrán quedar cubiertas por este seguro en el caso de:

- Contratación desde 18 años hasta los 60 años de edad.
- Renovación hasta los 60 años.

2.2.6 Procedimiento en caso de Siniestro Coberturas de Graves Enfermedades

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

Aviso

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

Comprobación del siniestro

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el Asegurado debe proporcionar a La Compañía, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la lesión y su cirugía, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

El reclamante deberá presentar a La Compañía, la siguiente información:

- a. Formato de reclamación suscrita por quien tenga interés en el pago de la indemnización, debidamente justificada su personalidad.
- b. Aviso de enfermedad, llenado y firmado por el Asegurado.
- c. Copia de identificación oficial vigente del reclamante y del Asegurado (IFE, INE, Pasaporte, Cédula Profesional, etc.).
- d. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
- e. Certificado individual expedido por La Compañía (si lo tuviera).
- f. Informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como el resumen clínico y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan el diagnóstico a reclamar.

Adicionalmente, La Compañía se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que ésta designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.

Además por enfermedad se requerirá la siguiente información:

a) Diagnóstico de Neoplasia Maligna (cáncer)

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopía u otro método de imagen.

Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

b) Infarto al Miocardio

Este diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un nuevo ataque cardíaco:

- Historia del dolor torácico típico
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardíacas CPK-MB;
- Diagnóstico de elevación de Troponina (T o I);
- Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.

c) Infarto y/o Hemorragia Cerebral (Enfermedad Vascular Cerebral)

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos tres (3) meses después del evento;
- Hallazgos en Resonancia Magnética, Tomografía computarizada, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un ataque

d) Cirugía Coronaria

Este diagnóstico debe ser soportado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

e) Insuficiencia Renal Crónica

Enfermedad crónica del riñón con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre que hacen necesaria la hemodiálisis periódica o un programa de diálisis peritoneal a largo plazo.

Para todos los padecimientos anteriores se perderá todo derecho a la indemnización correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

2.2.7 Padecimientos Preexistentes

La Compañía solo puede realizar el rechazo de una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando:

Haya existido previo a la celebración del contrato, declaración de la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia del resumen clínico 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, se podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso del resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de La Compañía, en acudir ante un arbitraje privado previo acuerdo entre ambas partes.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someterá a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por **La Compañía**.

2.2.8 Cancelación de la Cobertura.

Esta cobertura se cancelará una vez que se ha indemnizado la reclamación procedente de la misma.

2.3 Cobertura Adicional por Cirugías de Primera Necesidad (Aplica únicamente si se especifica en el Certificado)

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad al Asegurado se le practicara alguna Cirugía mencionada en el siguiente listado y prescrita por un médico y realizado en un quirófano de un hospital, **La Compañía** pagará en una solo exhibición la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza/Certificado, conforme a las características y limitaciones estipuladas en el contrato.

Queda cubierta cualquiera de las siguientes Cirugías a la que se someta el Asegurado, siempre y cuando no se encuentren excluidas en el apartado de Exclusiones.

No.	Intervención Quirúrgica o Cirugía	Padecimiento
1	Apendicectomía abierta o laparoscópica	Apendicitis
2	Ooforectomía abierta o laparoscópica	Extirpación quirúrgica de ovarios
3	Hernioplastia Inguinal o laparoscópica	Hernia abdominal / Inguinal
4	Prostatectomía o Recesión Transureteral de próstata	Hiperplasia prostática benigna
5	Histerectomía abierta o laparoscópica	Histerectomía (Extirpación de la matriz)
6	Ureterolitotripsia	Litiasis Renal (Piedras en riñón)
7	Pancreatectomía abierta o laparoscópica.	Pancreatitis
8	Neumonectomía	Neumonía
9	Sutura de úlcera gástrica por endoscopia	Úlcera gástrica
10	Extirpación de tumor benigno en Testículos o Trompas de Falopio o Amígdala Lingual, abierta o laparoscópica.	Tumores benignos

Quedarán cubiertos únicamente los procedimientos quirúrgicos enlistados siempre y cuando sean causados por el padecimiento asociado en estas condiciones Generales para cada uno de ellos. **Cualquier cirugía no mencionada explícitamente en el listado anterior no quedará cubierta por este seguro.**

Cirugía Laparoscópica

La cirugía laparoscópica o “mínimamente invasiva” es una técnica especializada para realizar cirugía. En estas cirugías el cirujano usa varias incisiones de 0.5 a 1 cm, Cada incisión se denomina “puerto”.

Cirugía Abierta

Se considera cirugía abierta a la cirugía convencional, la que se realiza, con “bisturí y tijera”.

Definiciones de las intervenciones quirúrgicas o cirugías cubiertas

1. Apendicetomía abierta o laparoscópica.

La apendicetomía es la extirpación por medio de cirugía abierta o laparoscópica del apéndice. El procedimiento se realiza para tratar una inflamación aguda del apéndice causada por diversas causas.

2. Oforectomía abierta o laparoscópica.

La Oforectomía es la extirpación quirúrgica abierta o laparoscópica de un ovario o ambos. El procedimiento se realiza para tratar afecciones a nivel ovárico, causada por diversas causas. **No se encuentran amparadas cirugías profilácticas.**

3. Hernioplastia abierta o laparoscópica, inguinal/abdominal

Es el procedimiento quirúrgico abierto o laparoscópico para reparación de una hernia. El procedimiento se realiza para tratar hernias a nivel inguinal o abdominal causada por un defecto en la pared muscular.

4. Prostatectomía o Resección Transureteral de próstata.

Una Prostatectomía es una cirugía que se realiza para extirpar la próstata. El procedimiento puede ser:

- Prostatectomía simple: extracción únicamente de la próstata.
- Prostatectomía radical: extracción de la próstata y parte del tejido circundante.

Se realiza para tratar enfermedades por el crecimiento benigno de la próstata.

5. Histerectomía abierta o laparoscópica.

La Histerectomía es la extirpación quirúrgica abierta o laparoscópica del útero. El procedimiento se realiza para tratar diversas enfermedades del útero. **No se encuentran amparadas cirugías profilácticas.**

6. Ureterolitotripsia

La Ureterolitotripsia es la extirpación o destrucción de litos (piedras) vía endoscópica. El procedimiento se realiza para tratar Litiasis renal y uretral.

7. Pancreatectomía abierta o laparoscópica

La Pancreatectomía es la extirpación quirúrgica abierta o laparoscópica del páncreas. El procedimiento se realiza para tratar una amplia gama de enfermedades pancreáticas como tumores, pancreatitis crónica, traumatismos, etc.

8. Neumonectomía

La Neumonectomía es la extirpación quirúrgica parcial o total de un pulmón. El procedimiento se realiza como tratamiento para tumoraciones de pulmón.

9. Sutura de úlcera gástrica endoscópica.

Es el procedimiento endoscópico para cauterizar una hemorragia secundaria a una úlcera gástrica. El procedimiento se realiza como tratamiento complementario de la enfermedad Acido Péptica.

10. Extirpación de tumor benigno en Testículos o Trompas de Falopio abierta o laparoscópica

Es la extirpación quirúrgica parcial o total, uni o bilateral de cualquiera de estos órganos (testículos o trompas uterinas) abierta o laparoscópica. El procedimiento se realiza como tratamiento de diversas enfermedades. **Solo están cubiertas enfermedades benignas.**

Extirpación de Amígdala Lingual.

Es la extirpación quirúrgica de la Amígdala Lingual (conjunto de tejido linfóide más voluminoso de la faringe y está situado en la base de lengua). El procedimiento se realiza como tratamiento coadyudante de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

2.3.1 Estancia Hospitalaria

El presente contrato solo cubre cirugías que por su naturaleza médica requieran una estancia ininterrumpida mayor a 48 horas dentro del hospital.

2.3.2 Periodo de carencia

Las cirugías cubiertas por enfermedad quedarán amparadas luego de transcurrir 90 días de cobertura continua e ininterrumpida a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

2.3.3 Límite Máximo de Responsabilidad

El límite de responsabilidad a cargo de **La Compañía** será solo por una única indemnización para cada cirugía cubierta en la vida del Asegurado y solo una cirugía por vigencia del seguro.

2.3.4 Edades de Aceptación

Solo podrán ser cubiertas por este seguro en el caso de:

1. Contratación desde 18 años hasta los 60 años de edad.
2. Renovación hasta los 60 años.

2.3.5 Exclusiones

Bajo ninguna circunstancia **La Compañía** pagará la indemnización cuando la cirugía se deba o tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias que se describen a continuación:

1. Cirugías relacionadas o derivadas del tratamiento del SIDA.
2. Cirugías relacionadas o derivadas de procesos de trasplante de órganos ya sea como donador o receptor.
3. Accidentes, o enfermedades, originados por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, o por el uso o estando bajo el efecto de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similar, excepto cuando hayan sido prescritos por un médico y la receta sea presentada a **La Compañía**.
4. Si el Asegurado se ocasiona intencionalmente una lesión, por si solo o de acuerdo con otra persona ya sea que se cometa en estado de enajenación mental o no.
5. Si la lesión es el resultado de alguna pelea o riñas en las que el Asegurado sea el provocador o intento de suicidio.

- 6. Lesiones a causa de actividades tales como servicio militar, actos de guerra, rebelión e insurrección en los que participe el Asegurado.**
- 7. Al viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- 8. Al participar como piloto o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 9. Al viajar en motocicletas, motonetas, trimotos o cuatrimotos; siempre y cuando los motores de dichos vehículos excedan los 125 centímetros cúbicos.**
- 10. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la practica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
- 11. La práctica profesional de cualquier deporte.**
- 12. Acción de los rayos “x” y de cualquier elemento radiactivo u originadas en reacciones nucleares.**
- 13. Lesiones que el Asegurado se provoque, por acción u omisión, dolosamente o con culpa grave o durante la ejecución de un delito.**
- 14. Lesiones causadas por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente tal como se lo define este contrato.**
- 15. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.**
- 16. Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.**
- 17. Padecimientos preexistentes.**
- 18. Las cirugías que no requieren procedimiento invasivo realizado dentro de un ambiente hospitalario y que, a los efectos de este seguro, no requieran que la hospitalización sea superior a 48 horas después del procedimiento.**
- 19. Cirugías plásticas.**
- 20. Cirugía Plástica Reconstructiva de las lesiones existentes antes de la compra de seguros.**
- 21. Procedimientos relacionados con la obesidad mórbida, el cambio de sexo, las enfermedades congénitas, la esterilización, los procedimientos quirúrgicos relacionados con la impotencia sexual y procedimientos quirúrgicos derivados de accidentes en el trabajo.**
- 22. Procedimientos relacionados con el tratamiento de diálisis y hemodiálisis.**

- 23. Tratamientos quirúrgicos realizados por cualquier enfermedad considerados en ésta Póliza, pero antes de que transcurran el periodo de carencia.**
- 24. Toda forma de tumores benignos, excepto los mencionados como cubiertos en esta cobertura.**
- 25. La Oforectomía abierta o laparoscópica que sea con fines preventivos.**
- 26. La Histerectomía abierta o laparoscópica que sea con fines preventivos.**
- 27. Complicaciones de padecimientos preexistentes**

2.3.6 Procedimiento en caso de Siniestro Coberturas de Cirugía

Aviso

En el caso de presentarse algún evento, éste debe ser notificado a **La Compañía** dentro de los cinco días siguientes a su realización, salvo a causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

Comprobación del siniestro

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el Asegurado debe proporcionar a **La Compañía**, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la lesión y su cirugía, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

El reclamante deberá presentar a **La Compañía**, la siguiente información:

- a. El comprobante de la realización de la cirugía cubierta, para lo cual deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen.
- b. Aviso de enfermedad, llenado y firmado por el Asegurado.
- c. Original y copia certificada vigente del acta de nacimiento del Asegurado.
- d. Certificado individual expedido por **La Compañía** (si lo tuviera).
- e. Copia de la factura hospitalaria donde se indique la fecha de ingreso y al fecha de egreso con el nombre del paciente. En caso de no contar con copia de la factura hospitalaria se solicitará un documento oficial expedido por hospital donde se cite la fecha de ingreso, la fecha de egreso y nombre del paciente.
- f. Informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como el resumen clínico y los resultados de laboratorio y gabinete que sustentan el diagnóstico a reclamar.
- g. Copia de la identificación oficial vigente del reclamante y del Asegurado (IFE, INE, Pasaporte, Cédula Profesional, etc.).
- h. Adicionalmente **La Compañía** se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que ésta designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.

Se perderá todo derecho a la indemnización correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

2.3.7 Padecimientos Preexistentes

La Compañía solo podrá realizar la celebración del contrato, declaración de la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la

existencia del resumen clínico 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 Empresa Aseguradora 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 del resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada improcedencia de su reclamación por parte de **La Compañía**, en acudir ante un arbitraje privado previo acuerdo entre ambas partes.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someterá a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por **La Compañía**.

2.4 Asistencia Dental.

(Aplica únicamente si se especifica en el Certificado Individual)

2.4.1 Edades de Aceptación.

- De 18 años hasta los 60 años de edad.
- Renovación hasta los 60 años.

2.4.2 Descripción de la Asistencia.

Para el otorgamiento de esta asistencia **La Compañía** contrata a Telemedic, S.A DE C.V para proporcionar al Asegurado, sin límite de eventos, asistencia dental que consta de:

- Referencia a médicos dentistas que brindarán al Asegurado asistencia odontológica con precios preferenciales, laboratorios odontológicos y descuentos en trabajos de prótesis dental.

Este beneficio se proporcionará sin límite de eventos durante el periodo de vigencia de contratación de los servicios.

El Asegurado tendrá derecho a una consulta diagnóstica en la cual se le otorgaran 2 (dos) radiografías diagnósticas básicas (radiografías periapical simple) sin costo adicional.

2.4.3 Términos y condiciones

1. Para hacer uso de cualquiera de los servicios el Asegurado deberá contactar previamente a Telemedic en los siguientes números telefónicos:

- 8000221158 lada sin costo del interior de la República o al
- 5014-9435 de la CDMX o Zona Metropolitana

Quien proporcionará al Asegurado referencias sobre los proveedores en convenio y dará al Asegurado un número de folio para concertar su cita con el Médico que el Asegurado elija. En caso de que el Asegurado elija. En caso de que el Asegurado gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura ya no es aplicable.

2. Será responsabilidad del Asegurado liquidar cualquier costo que se derive de la asistencia dental directamente al médico.
3. No aplican reembolsos de ningún tipo de gasto
4. Los costos preferenciales están sujetos a cambios sin previo aviso y podrán variar dependiendo del Estado de la Republica en que se encuentre el Asegurado, por lo que será obligación del asegurado solicitar previamente la cotización correspondiente directamente al Médico.
5. Los gastos erogados en la atención médica serán responsabilidad exclusivamente del Asegurado y de ninguna forma el servicio de Asistencia será un seguro de gastos médicos, entendiendo que el servicio es de Asistencia Dental únicamente.

6. La Compañía no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- Cuando el Asegurado no se identifique como cliente.
- Cuando el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las condiciones generales correspondientes al servicio de Asistencia Dental.

2.4.4 Exclusiones Generales de la Asistencia Dental

Quedan excluidos los siguientes casos:

- Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario.
- También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- La solicitud de servicio de asistencia que contravenga la ley.

Los servicios de asistencia serán prestados, siempre que la Póliza de seguro esté en vigor por Telemedic, S.A. DE C.V o por otro Proveedor de características similares seleccionado por Zurich Santander Seguros México, S.A.

Sin perjuicio de lo anterior Zurich Santander Seguros México, S.A. será responsable de cumplir con las obligaciones generadas por esta asistencia.

3 Condiciones Generales

3.1 Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza.

Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la Póliza, surtirán plenamente sus efectos a partir de las 12 horas del día de la fecha inicial de la vigencia de esta Póliza, si se trata de quienes forman parte del Grupo Asegurado en el momento de la celebración del contrato.

En caso de que algún Asegurado se integre al Grupo Asegurado en fecha posterior a la celebración del contrato, la vigencia iniciará a partir de las 12 horas del día de la fecha estipulada en el respectivo Certificado individual.

3.2 Renovación

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

- El número de participantes en la Póliza sea menor a 5 asegurados.
- El contratante 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 del seguro en curso.
- La Compañía comunique por escrito al Contratante 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.

Cada Certificado Individual se renovará de forma automática, al igual que la Póliza, a menos que:

- La edad alcanzada por el asegurado sea mayor a 60 años cumplidos.
- El contratante comunique por escrito a **La Compañía** su deseo de no renovar dicho certificado individual, 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 Contratante su deseo de no renovar algún certificado individual, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor a 30 días a la fecha de vencimiento del periodo de seguro en curso.

Se aplicarán las primas de tarifa vigentes al momento de la renovación y el pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

3.3 Terminación del Certificado

Los certificados terminarán su vigencia en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella indicada como fin de vigencia en el propio Certificado.
- b) Aquella en la que se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados recibirán el Beneficio por fallecimiento.
- c) En el aniversario inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de 60 años.
- d) Aquella en que se cancele la Póliza a solicitud del contratante, observándose lo dispuesto en la cláusula de cancelación.

3.4 Movimientos en el Grupo Asegurado.

3.4.1 Obligación del Contratante

El contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

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

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

3.4.2 Alta de Asegurados

Altas

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, **La Compañía**, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

3.4.3 Baja de Asegurados

Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, **La Compañía** devolverá la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

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

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

3.4.4 Registro de Asegurados

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

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

A solicitud del Contratante, **La Compañía** deberá entregarle copia de este registro.

3.4.5 Cambio de Contratante

Si el presente seguro tuviera como objeto el otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante **La Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo Asegurado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio.** Sus obligaciones terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

3.4.6 Certificados Individuales

La Compañía deberá expedir y entregar al Contratante para que éste a su vez lo entregue a los Asegurados, un Certificado para cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, el cual deberá contener la siguiente información:

- Nombre, teléfono y domicilio de **La Compañía**;
- Firma del funcionario autorizado de **La Compañía**;
- Operación de seguro, Número de la Póliza y del Certificado;
- Nombre del contratante;
- Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
- Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado;
- Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;

El Asegurado tendrá en todo momento el derecho de solicitar a **La Compañía** el certificado individual cuando no lo hubiere recibido por parte del contratante.

3.5 Derecho a Seguro Individual.

Si el objeto del presente contrato fuera el otorgamiento de una prestación laboral, **La Compañía** tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de **La Compañía**. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a **La Compañía**, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de **La**

Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a **La compañía** la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

3.6 Participación en las utilidades o Dividendos

No se otorgan dividendos ni bonificaciones en este producto.

3.7 Designación de Beneficiarios

Para la Cobertura Básica de Vida, el Asegurado tiene el derecho de designar libremente a los Beneficiarios del seguro. Siempre que no exista restricción legal en contrario, se podrá cambiar el o los beneficiarios que haya designado el Asegurado mediante notificaciones por escrito a **La Compañía**.

En caso de que el Contratante sea distinto al Asegurado, no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter.

Si por falta de aviso oportuno del cambio del Beneficiario, **La Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a su sucesión.**

La misma regla se observará cuando el Beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales las de los demás, salvo estipulación en contrario.

3.8 Cancelación

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a la Aseguradora, la cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En este caso la Aseguradora reembolsará únicamente, de la prima pagada por el Contratante, la prima de riesgo no devengada, por conducto del Contratante. Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Asegurado menos los porcentajes de gastos, comisiones y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro, la cual deberá contener también el método para devengar la prima, los gastos, comisiones y la utilidad aquí mencionados.

3.9 Prima

Pago de Primas

El pago de primas se efectuará a partir del día de su vencimiento en las oficinas de **La Compañía**, contra entrega del recibo correspondiente. La prima del Contrato de Seguro vence el día del inicio de su vigencia y deberá ser pagado dentro de los 30 días contados a partir de dicha fecha.

En los casos donde la prima sea liquidada por medio de cargos a cuentas bancarias o tarjetas de débito o crédito, el cargo que aparezca en el estado de cuenta será prueba suficiente del pago de la prima.

En caso de que se haya pactado el pago fraccionado de la prima, si ocurre un siniestro, **La Compañía** deducirá la indemnización debida al Asegurado, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidada hasta completar la totalidad de la prima vencida no pagada.

Periodo de gracia para el pago de primas

Para pagar la prima o las fracciones subsecuentes, en los casos de pago en parcialidades, el asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

3.10 Rectificación de la Póliza (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

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 consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones. (Texto íntegro del Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

3.11 Integridad del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro está integrado, entre otros, por estas Condiciones Contractuales que a la fecha de su celebración son entregadas al Asegurado y son las que regirán la relación contractual mientras esté vigente, la solicitud, la carátula de la Póliza, los Certificados, consentimientos y endoso que se agreguen a la misma.

3.12 Modificaciones al Contrato

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

En caso de existir modificaciones al Contrato de Seguro, **La Compañía** deberá notificarlas al Contratante en el domicilio señalado en la Carátula de la Póliza.

3.13 Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a **la Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a **la Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aún y cuando no hayan influido en la realización del siniestro.**

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo de que se trate.

3.14 Disputabilidad

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

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo de que se trate.

Esta cláusula será aplicable cuando el plan contratado incluya las coberturas adicionales del presente seguro.

3.15 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en 5 años para el caso de Fallecimiento y en 2 años para las demás coberturas, contados desde la fecha que les dio origen conforme al Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción, consignados en el Art. 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiera la Ley de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros.

3.16 Edad

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se aplicarán las siguientes reglas:

- Si el Asegurado declara inexactamente su edad, pero está dentro de los límites de aceptación fijados, tendrá plena cobertura de seguros conforme a las condiciones contratadas.
- Si el Asegurado declara inexactamente su edad y se comprueba que estaba fuera de los límites de aceptación de edad, la cobertura dejará de tener efectos y la obligación de la Aseguradora se reducirá al pago de la reserva matemática.
- Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza/Certificado,
- La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente **La Compañía**.

3.17 Expediente de Identificación

De conformidad con la Octava de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, será obligación del Contratante el conservar el expediente (datos y documentos) de las personas aseguradas señaladas, el cual estará a Disposición de **La Compañía** en caso de ser requerido por autoridad competente dentro del término que se le conceda a ésta última.

3.18 Moneda

Los pagos que el Contratante y **La Compañía** deban hacer conforme a esta Póliza, se liquidarán en Moneda Nacional de acuerdo con la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen los mismos.

3.19 Interés Moratorio

En caso de que **La Compañía**, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta 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 moratorio anual, con fundamento en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual determina lo siguiente: "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos

de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario."

3.20 Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a **La Compañía** y al Contratante en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de esta Póliza.

3.21 Comunicaciones

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, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a **La Compañía** y para cualquiera otro efecto legal.

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

3.22 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.

3.23 Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que nos excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

3.24 Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará por razones de residencia, viajes, ocupación y/o género de vida de los Asegurados.

3.25 Entrega de Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza y condiciones generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivados del Contrato celebrado bajo las siguientes bases:

- a) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, **La Compañía** proporcionará al Contratante del seguro en ese momento la documentación contractual.
- b) Cuando la contratación del seguro sea realizada vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, **La Compañía** realizará la entrega de la documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes, a través de los siguientes medios:
 - 1. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o
 - 2. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación del seguro; y/o
 - 3. A través del portal de Internet, en la dirección electrónica definida por **La Compañía** para este propósito, en donde el Contratante podrá descargar y/o imprimir la documentación contractual correspondiente.

c) 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 del proceso 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 es 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 hará constar la contratación de la Póliza.

d) 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 **5169-4300** en la CDMX e interior del país.

e) 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 **5169-4300** en la CDMX e interior del país, 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.

f) 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 **5169-4300** en la CDMX e interior del país, 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.

g) 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 **5169-4300** en la CDMX e interior del país o acudiendo a una sucursal bancaria.

h) 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 **5169-4300** en la CDMX e interior del país o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.

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

3.26 En caso de siniestro

En caso de Siniestro reportar al número 5169 4300 en la CDMX e interior del país.

3.27 UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCION DE USUARIOS (UEA)

Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.

3.28 Datos de la CONDUSEF

Insurgentes Sur #762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, CDMX, Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Página web: <http://www.condusef.gob.mx>
Teléfonos 800 999 8080 o 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

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

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>

Ley sobre el Contrato de Seguro

<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

<http://www.gob.mx/condusef/documentos/marco-legal-26548?idiom=es>

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 07 de octubre de 2014, con el número CNSF-S0018-0453-2014, RESP-S0018-0378-2015 de fecha 09/04/2015, RESP-S0018-0204-2016 de fecha 20/06/2016, BADI-S0018-0063-2020 de fecha 20/07/2020, CGEN-S0018-0180-2016 de fecha 11/11/2016, RESP-S0018-0060-2017 de fecha 11/12/2017, RESP-S0018-0495-2015 de fecha 16/07/2015 y RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 / CONDUSEF-001080-04.

Contenido

1. Definiciones	3
2. Especificaciones del Beneficio Adicional	4
3. Exclusiones	5
4. Terminación Anticipada.....	5
5. Vigencia	5
6. Renovación	5
7. Pago de Indemnizaciones o Suma Asegurada.....	5
8. Servicio de Asistencia de Telemedicina	6
8.1 Definiciones	6
8.2 Orientación Médica por Video Consulta o Vía Telefónica.....	7
8.3 Solicitud de la Asistencia.....	7
8.4 Cláusulas Generales del Servicio de Asistencia de Telemedicina	7
8.5 Exclusiones	8

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. Definiciones

Asegurado

Es la persona física cuyo nombre aparece en el Certificado de Seguro y que está expuesta a los riesgos cubiertos por la presente Póliza.

Contratante

Es la persona que celebra el presente contrato de seguro con la Aseguradora y quien tiene a su cargo el pago de la prima correspondiente. El cual podrá ser Asegurado.

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 para el presente Beneficio son de 18 años como mínimo y 60 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 del certificado individual.

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 de 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 del certificado individual, 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 el certificado individual.

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 inclusión del certificado individual en 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 del certificado individual o de la póliza a solicitud del Contratante.

5. Vigencia

El presente beneficio entrará en vigor a la hora y minutos del día de inicio de vigencia indicado en el certificado individual dónde se especifica el Beneficio y continuará su vigor 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 Grupo, que ampara la cobertura básica de fallecimiento esté vigente, caso contrario no se realizará la renovación del beneficio.

La renovación de la póliza se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad con base en las primas de tarifa vigentes al momento de la renovación de la póliza.

7. 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 requirieran 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 este 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 de que el Asegurado fallezca antes del pago correspondiente, la indemnización se pagará al Beneficiario designado en el certificado individual 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 a los números telefónicos, **5169-4300** en la Ciudad de México o al **01 55 5169 4300** del interior de la República, en ambos casos seleccionando la opción 2, posteriormente opción 1, 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/certificado.
- 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.

8. Servicio de Asistencia de Telemedicina

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado el servicio 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.

La presente asistencia es sin costo alguno para el Asegurado.

8.1 Definiciones

Proveedor

Es el Prestador de Servicios contratado por La Compañía que proporciona el Servicio de Asistencia al asegurado, denominado de aquí en adelante como El Proveedor.

Usuario

Se entenderá por éste, aquel cuyo nombre se encuentre indicado en el Certificado del Seguro.

Servicio de asistencia

Servicio que El Proveedor proporcionará, directamente o a través su equipo médico y/o de sus proveedores, al Usuario en términos de lo establecido en el presente documento.

Telemedicina

Prestación de servicios médicos a distancia mediante el uso de tecnologías de la información y/o las comunicaciones.

Urgencia médica

Es toda aquella situación de gravedad en donde se necesita una atención médica inmediata.

8.2 Orientación Médica por Video Consulta o Vía Telefónica

En caso de urgencia médica, el Usuario podrá contactar vía telefónica o a través de video conferencia a un médico general de El Proveedor, quien ayudará a tomar las medidas necesarias para estabilizar al Usuario y ayudarlo con su malestar. El médico elaborará el expediente clínico del Usuario en cada caso.

El médico también proporcionará información relacionada con medicamentos, efectos secundarios, prescripciones, interpretación de exámenes de laboratorio, planificación familiar, educación sexual, vacunaciones, prevención de la automedicación, tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y primeros auxilios.

Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el médico en ningún caso y por ningún motivo, recetará medicamentos por videoconferencia, que requieran la firma original del doctor en la receta médica.

El Proveedor proporcionará referencias médicas, así como asistencia en la coordinación de citas presenciales con médicos generales a precio preferencial, **cuyo costo deberá ser cubierto por el Usuario.**

8.3 Solicitud de la Asistencia

El Usuario deberá de comunicarse a la línea de atención y en caso de requerir telemedicina, se le hará llegar a su mail una liga de Zoom, o dejará un número telefónico en caso de consulta por WhatsApp con los datos para la videoconferencia.

El servicio estará disponible las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, sin límite de eventos, durante la vigencia contratada por el Usuario.

8.4 Cláusulas Generales del Servicio de Asistencia de Telemedicina

1. Para hacer válida la cobertura, el servicio deberá haber sido reportado de manera oportuna vía telefónica a El Proveedor en el período de vigencia del servicio de asistencia.

2. Para hacer uso del servicio, el Usuario deberá contactar previamente al El Proveedor, quien gestionará la totalidad del evento. **En caso de que el Usuario gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura no será aplicable.**
3. Los servicios serán aplicables, a petición del Usuario o de un familiar o responsable, en caso de incapacidad del Usuario para la comunicación.
4. En casos de fuerza mayor o caso fortuito, la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso, El Proveedor hará su mayor esfuerzo por prestar el Servicio en las mejores condiciones posibles, aplicando para ello, su plan de contingencia, el cual consistirá principalmente en que los médicos asignados cuenten con los medios electrónicos necesarios para mantenerse en contacto las (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año. En el supuesto de que la Autoridad emita acuerdo mediante el cual declare la suspensión de actividades, el médico podrá prestar la atención vía remota desde el lugar en el que se encuentre, siempre y cuando los medios de comunicación no se vean afectados debido al caso fortuito o fuerza mayor.
5. De acuerdo con el criterio médico, se dará atención prioritaria a las emergencias médicas, esto con base al cuestionario inicial para detectar casos de alta prioridad.
6. Para la coordinación de citas con médicos generales, el Usuario realizará su cita directamente con el doctor, con quien hará válida una “carta de identidad” enviada por El Proveedor mediante correo electrónico, que incluye la referencia y un cupón de descuento; carta que deberá presentar impresa el día de la cita mencionando a El Proveedor.
7. Los requerimientos mínimos que el Usuario necesita tener a fin de poder brindarle el servicio son: contar con una cámara frontal, conexión de datos (preferentemente WiFi) y las aplicaciones de WhatsApp o Zoom.
8. El Usuario conoce que sus datos (número telefónico y/o correo electrónico) que otorgue al Proveedor tendrán el tratamiento señalado en el aviso de privacidad de las condiciones generales del producto asociado.
9. En caso de asesoría virtual, la consulta podrá agendarse con un tiempo máximo de respuesta de 15 minutos.
10. El personal que brinda la asistencia está conformado únicamente por médicos titulados con cédula profesional, con experiencia en atención médica de primer contacto, normas éticas en medicina y con experiencia en identificación de situaciones que requieren otro nivel de atención.
11. Queda prohibido realizar grabaciones y su reproducción total o parcial por cualquier medio de las consultas médicas por videoconferencia, y en consecuencia, la estricta prohibición para subirla a cualquier red social o plataforma para cuidar siempre la imagen de las empresas, propiedad industrial e intelectual.

8.5 Exclusiones

- a) **El Proveedor no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:**

-
- Cuando por una acción intencional del Usuario resulte la comisión de un delito.
 - La solicitud de servicio de asistencia que contravenga la ley o cuando por disposición de la autoridad respectiva no sea posible brindar el servicio.
 - Cuando el Usuario no se identifique como Usuario activo.
 - Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
 - Cuando el Usuario no cuente con conectividad adecuada y los medios electrónicos necesarios para realizar una video llamada: cámara frontal, conexión de datos (preferentemente WiFi) y/o la aplicación WhatsApp o Zoom.
 - Cuando el Usuario incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.

b) No aplican reembolsos de ningún tipo de gasto.

c) Quedan excluidas de los Servicios las siguientes situaciones:

- Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de: huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, Decretos Gubernamentales Federales, Estatales o Locales que impidan la prestación del servicio, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- Autolesiones o participación del Usuario en actos delictivos intencionales.
- Accidente ocurrido en estado de ebriedad o bajo el efecto de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.
- La participación intencional del Usuario en riñas, huelgas y alborotos populares.

En caso de requerir el servicio de asistencia que se indica en este condicionado, el Usuario deberá comunicarse al 55 11052671 desde el interior de la República y Ciudad de México, donde le brindarán la atención y asesoría requerida.

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 20 de julio de 2020 con el número de registro BADI-S0018-0063-2020 / CONDUSEF-001080-04.

REGISTRO DE CLÁUSULA DE CARACTER GENERAL

Con fundamento en lo previsto por la Disposición 4.1.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, se solicita el registro de la siguiente cláusula de carácter general para la operación de **Vida** en los siguientes términos:

CLÁUSULA COMPLEMENTARIA A LA DE CARENCIA DE RESTRICCIONES.

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **Zurich Santander Seguros México, S.A.** 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.

Zurich Santander Seguros México, S.A. 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 11 de Noviembre de 2016, con el número CGEN-S0018-0180-2016 / CONDUSEF- 001080-04.

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."

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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 11 de diciembre del 2017, con el número RESP-S0018-0060-2017 / CONDUSEF-G-00967-001.

¿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 16 de Julio de 2015 con RESP-S0018-0495-2015 / CONDUSEF- 001080-04.

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: 5169 4300

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

REGISTRO ESPECIAL
"ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS A LA LEY DE
INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y A LA
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO"

APLICABLE A LA
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DE LOS
PRODUCTOS DE VIDA

De conformidad con lo previsto por la Disposición Sexta Transitoria de la Circular Única de Seguros y Fianzas, las instituciones están obligadas a modificar el registro de los productos de seguro que comercialicen a la entrada en vigor de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a fin de sustituir las referencias hechas en los mismos a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por las que correspondan a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, pudiendo cumplir con tal obligación mediante un registro especial.

A continuación se presenta para su registro, la actualización de las referencias legales de los de siguientes productos:

Ingreso Familiar Seguro	CNSF-S0018-0027-2013
Security	CNSF-S0018-0383-2009 y BADI-S0018-0071-2010
Producto Básico Estandarizado de Vida Individual	CNSF-S0018-0362-2009
PPI – Seguro de Protección de Pagos	CNSF-S0018-0168-2008
Seguro de Grupo Vida Empresarial	CNSF-S0018-0663-2010

1. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**. 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. "

AHORA DIRÁ:

"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. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

Artículo 135 BIS de La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Si **La Compañía** no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro al hacerse exigibles legalmente deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- III. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- IV. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- V. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes

AHORA DIRA:

Artículo 276 de La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos

derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario."

3. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____.

AHORA DIRÁ:

“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 ____ de _____ de _____, con el número _____.

Vida Select	CNSF-S0018-0613-2014
-------------	----------------------

1. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

"En caso de que La Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta 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 moratorio anual, con fundamento en el **Artículo 135-bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, el cual determina lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, La Compañía pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, La Compañía estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago.

Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II anteriores y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias deberán ser cubiertas por La Compañía sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá

condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones anteriores, y VIII. Si La Compañía, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

AHORA DIRÁ:

En caso de que La Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta 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 moratorio anual, con fundamento en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, el cual determina lo siguiente:

"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la

obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario."

2. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos

ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Servicios Financieros de La Compañía, o b) 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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**.

En caso de que se hayan dejado a salvo los derechos del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, éstos podrán hacerlos valer ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados Tribunales.

En el supuesto de que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario así lo determinen, podrán hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la Cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales de la Póliza.

AHORA DIRÁ:

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Servicios Financieros de La Compañía, o b) 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**.

En caso de que se hayan dejado a salvo los derechos del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, éstos podrán hacerlos valer ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados Tribunales.

En el supuesto de que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario así lo determinen, podrán hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la Cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales de la Póliza.

3. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____.

Seguro de Vida Individual	CNSF-S0018-0152-2004
Protección Familiar Santander Serfin	CNSF-S0018-0160-2004
Acceso Seguro	CNSF-S0018-0179-2004

1. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____.

Ingreso Familiar Santander	CNSF-S0018-0029-2013
Vida Facil	CNSF-S0018-0883-2010
Vida Fácil – Exclusiones	CNSF-S0018-0003-2011
Seguro de Grupo de Deudores 2014	CNSF-S0018-0013-2014
Seguro de Vida Grupo Tu Carrera	CNSF-S0018-0606-2013

1. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**. 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. "

AHORA DIRÁ:

"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. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____."

Seguro Vida Ahorro	CNSF-S0018-0176-2012
IVS Inversión Vida Santander	CNSF-S0018-0336-2012

1. LA CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DECÍA:

"El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente al(los) Beneficiario(s) siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a **La Compañía**, indicando el nombre del(los) nuevo(s) Beneficiario(s) y remitiendo la Póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **La Compañía** pagará al(los) último(s) Beneficiario(s) de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del(los) Beneficiario(s), haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a **La Compañía** y conste en la Póliza, como lo previene el **Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**.

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

Cuando no haya Beneficiarios designados, la Suma Asegurada o el Fondo Acumulado se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

Tanto el monto de la Suma Asegurada como el Fondo Acumulado derivados de este Contrato serán pagados al(los) Beneficiario(s) que resulte(n) serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

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

Advertencia:

En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un

Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada o Fondo Acumulado."

AHORA DIRÁ:

"El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente al(los) Beneficiario(s) siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a **La Compañía**, indicando el nombre del(los) nuevo(s) Beneficiario(s) y remitiendo la Póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **La Compañía** pagará al(los) último(s) Beneficiario(s) de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del(los) Beneficiario(s), haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a **La Compañía** y conste en la Póliza, como lo previene el **Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**.

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

Cuando no haya Beneficiarios designados, la Suma Asegurada o el Fondo Acumulado se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

Tanto el monto de la Suma Asegurada como el Fondo Acumulado derivados de este Contrato serán pagados al(los) Beneficiario(s) que resulte(n) serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

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

Advertencia:

En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada o Fondo Acumulado."

2. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**. 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."

AHORA DIRÁ:

"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."

3. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

Artículo 135 BIS de La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

"Si **La Compañía** no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro al hacerse exigibles legalmente deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- III. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- IV. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- V. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes."

AHORA DIRA:

Artículo 276 de La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario."

4. LA CLÁUSULA DE CESIÓN SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA CLÁUSULA DE CESIÓN DECÍA:

"Esta póliza es nominativa y sólo podrá ser cedida en los términos de los **artículos 154 y 156 de la Ley Sobre el Contrato** de Seguro mediante declaración por escrito de ambas partes y notificadas por escrito a **La Compañía** ."

AHORA DIRÁ:

"Esta póliza es nominativa y sólo podrá ser cedida en los términos de los **artículos 165 y 167 de la Ley Sobre el Contrato** de Seguro mediante declaración por escrito de ambas partes y notificadas por escrito a **La Compañía** ."

5. LA DEFINICIÓN DE CONTRATANTE SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA DEFINICIÓN DE CONTRATANTE DECÍA:

"Es aquella persona física, que lleva con **La Compañía** la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que lo contrata para terceras personas. El contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el **artículo 159 de la Ley sobre el Contrato del Seguro**."

AHORA DIRÁ:

"Es aquella persona física, que lleva con **La Compañía** la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que lo contrata para terceras personas. El contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el **artículo 170 de la Ley sobre el Contrato del Seguro**."

6. LA LEYENDA DE REGISTRO SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

“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 ____ de _____ de _____, con el número _____.”

Vida Grupo Protección Médica Advance	CNSF-S0018-0453-2014

1. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

"Si **La Compañía** no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una Indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**"

AHORA DIRÁ:

"Si **La Compañía** no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una Indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.**"

2. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.** 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. "

AHORA DIRÁ:

"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."

3. LA CLÁUSULA DE EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN DECÍA:

De conformidad con la **Octava** de las **Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas** de Seguros será obligación del Contratante el conservar el expediente (datos y documentos) de las personas aseguradas señaladas, el cual estará a Disposición de **La Compañía** en caso de ser requerido por autoridad competente dentro del término que se le conceda a ésta última.

AHORA DIRÁ:

De conformidad con la **Décima Primera** de las **Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** será obligación del Contratante el conservar el expediente (datos y documentos) de las personas aseguradas señaladas, el cual estará a Disposición de **La Compañía** en caso de ser requerido por autoridad competente dentro del término que se le conceda a ésta última.

4. LA CLÁUSULA DE EDAD SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE EDAD DECÍA:

"De conformidad con lo dispuesto en el **artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se aplicarán las siguientes reglas:

- Si el Asegurado declara inexactamente su edad, pero está dentro de los límites de aceptación fijados, tendrá plena cobertura de seguros conforme a las condiciones contratadas.
- Si el Asegurado declara inexactamente su edad y se comprueba que estaba fuera de los límites de aceptación de edad, la cobertura dejara de tener efectos y la obligación de la Aseguradora se reducirá al pago de la reserva matemática.
- Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza/Certificado.
- La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente **La Compañía**."

AHORA DIRÁ:

"De conformidad con lo dispuesto en el **artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se aplicarán las siguientes reglas:

- Si el Asegurado declara inexactamente su edad, pero está dentro de los límites de aceptación fijados, tendrá plena cobertura de seguros conforme a las condiciones contratadas.
- Si el Asegurado declara inexactamente su edad y se comprueba que estaba fuera de los límites de aceptación de edad, la cobertura dejara de tener efectos y la obligación de la Aseguradora se reducirá

al pago de la reserva matemática.

- Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza/Certificado.
- La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente **La Compañía.**"

5. LA LEYENDA DE REGISTRO SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____."

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 abril de 2015, con el número RESP-S0018-0378-2015 / CONDUSEF-001080-04.

REGISTRO ESPECIAL

"ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL POR DISPOSICIÓN DE CARÁCTER GENERAL EN MATERIA DE SANAS PRÁCTICAS, TRANSPARENCIA Y PUBLICIDAD APLICABLES A LAS INSITUACIONES DE SEGUROS"

APLICABLE AL PORTAFOLIO DE PRODUCTOS RAMO VIDA DE
ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO

De conformidad con las **DISPOSICIONES de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad**, las instituciones de seguros están obligadas a revisar, ordenar o en su caso modificar los modelos de contratos de adhesión y los documentos que se utilizan para informar al Usuario de servicios financieros sobre el estado que guardan las operaciones relacionadas con el servicio que éste haya contratado, buscando en todo momento la adecuada protección del público.

A fin de cumplir con estas disposiciones, sometemos a registro especial las siguientes modificaciones a los contratos de adhesión de la operación Vida productos que hoy se comercializan en Zurich Santander Seguros México

1. EN LA **SOLICITUD** DE LA PÓLIZA SE INCORPORAN LAS SIGUIENTES LEYENDAS:

- **Sugerimos consultar las limitaciones y/o exclusiones del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual que podrá consultar en www.zurichsantander.com.mx**
- Inclusión en la parte inferior derecha del recuadro “COBERTURAS”, del significado de las abreviaturas contenidas en este formato.
- **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**
Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 0530, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.
- Se incluirá en la parte inferior izquierda de los contrato de adhesión la leyenda “RECAS” a manera de incluir posteriormente el número de registro otorgado por la CONDUSEF

2. EN LA **CARATULA** DE LA PÓLIZA SE INCORPORAN LAS SIGUIENTES LEYENDAS:

- **Sugerimos consultar las limitaciones y/o exclusiones del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual que podrá consultar en www.zurichsantander.com.mx**
- **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**
Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 0530, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.
- **CONDUSEF**
Insurgentes Sur #762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F., Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Página web: <http://www.condusef.gob.mx>
Teléfonos 01 800 999 8080 o 5340 0999
- Se incluirá en la parte inferior izquierda de los contrato de adhesión la leyenda “RECAS” a manera de incluir posteriormente el número de registro otorgado por la CONDUSEF

- Inclusión en la parte inferior derecha del recuadro “COBERTURAS”, del significado de las abreviaturas contenidas en este formato.
- 3. EN LAS **CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA** SE INCORPORAN LAS SIGUIENTES LEYENDAS:
 - Se incluirá en la parte inferior izquierda de los contrato de adhesión la leyenda “RECAS” a manera de incluir posteriormente el número de registro otorgado por la CONDUSEF
 - **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**
Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 0530, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.
 - **Datos de la CONDUSEF**
Insurgentes Sur #762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F., Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Página web: <http://www.condusef.gob.mx>
Teléfonos 01 800 999 8080 o 5340 0999
 - Los artículos citados en las presentes condiciones generales, pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

Ley de Instituciones de Seguros y 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-juridico>

A efecto de dar cumplimiento al artículo 11 fracción IV, se aclara que las abreviaturas de uso no común mencionadas en las condiciones generales contienen su significado inmediato a su cita, por lo que no se considera necesario indicar el lugar donde podrá consultarlo.

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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0018-0204-2016 / CONDUSEF-001080-04.

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 05 de noviembre de 2021, con el número RESP-S0018-0036-2021 / CONDUSEF-G-01357-001.