



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

Estimado Cliente,

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

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

Le recordamos revisar debidamente la Póliza y sus Condiciones Generales, en estos documentos 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 Ciudad de México, o al 01 800 50 100 00 lada sin costo desde el interior del país; en ambos casos marcando la opción 2 de Seguros.

Atentamente,

Zurich Santander Seguros México, S. A.

Contenido

1 Condiciones Generales	3
1.1 Contrato del Seguro	3
1.2 Encabezados	3
1.3 Vigencia	3
1.5 Comunicaciones	3
1.6 Derecho a conocer la comisión	3
1.7 Omisiones o Inexactas Declaraciones	3
1.8 Moneda	4
1.9 Prima	4
1.10 Notificación del Siniestro	4
1.11 Comprobación del Siniestro	4
1.12 Información en Reclamaciones	4
1.13 Pago de la Indemnización	4
1.14 Competencia	5
1.15 Indemnización por Mora	5
1.16 Prescripción	5
1.17 Terminación de la póliza/certificado	5
1.18 Cesión	6
1.19 Ley Aplicable e Interpretación	6
1.20 Territorialidad	6
1.21 Registro de Asegurados, Altas y Bajas	6
1.22 Renovación Automática	6
1.23 Entrega de la Documentación Contractual	7
1.24 Desempleo Involuntario.	10
1.25 Exclusiones de Desempleo Involuntario	11
1.26 Pérdida del ingreso por Invalidez Total y Temporal.	11
1.27 Comprobación del estado de invalidez	12

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 la carátula de la Póliza con sujeción a las presentes Condiciones Generales y hasta los límites Asegurados, denominada de aquí en adelante como **La Compañía**.

1 Condiciones Generales

1.1 Contrato del Seguro

Este Contrato está constituido por la solicitud de seguro, Consentimiento individual, la póliza y/o Certificado, sus endosos y cláusulas adicionales que hacen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Asegurado y **La Compañía**.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones." (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.2 Encabezados

Los encabezados del presente Contrato se utilizan para facilitar su lectura y no deberán considerarse que amplían, restringen o modifican las disposiciones del Contrato.

1.3 Vigencia

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

1.4 Modificaciones

Este Contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.5 Comunicaciones

Toda comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito directamente entre **La Compañía** y el Contratante y/o Asegurado.

Todas las comunicaciones que el Contratante y/o Asegurado deban hacer, deberán dirigirse a **La Compañía** a su domicilio social señalado en la carátula de esta póliza. Los agentes de seguros o intermediarios no están facultados para recibir comunicaciones a nombre de **La Compañía**, por lo tanto, cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta cláusula no tendrá validez.

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

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

1.6 Derecho a conocer la comisión

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

1.7 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a **La Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos en la solicitud de seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones del presente Contrato,**

que conozcan o deban de conocer en el momento de su celebración.

La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a **La Compañía** para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan tenido tales hechos influencia alguna en la realización del siniestro.

1.8 Moneda

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

1.9 Prima

La prima será a cargo del Contratante y vencerá en el momento de la celebración del Contrato.

La prima total de la póliza será equivalente a la suma de las primas individuales de cada uno de los Asegurados.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

La prima deberá de ser pagada en las oficinas de **La Compañía** contra entrega del recibo expedido por la misma.

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

En caso de siniestro, **La Compañía** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago del certificado afectado.

1.10 Notificación del Siniestro

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá ponerlo en conocimiento de **La Compañía**.

El Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de treinta días para dar aviso por escrito a **La Compañía**.

La falta de aviso a que se refieren los párrafos anteriores, no traerá como consecuencia el que se disminuya la prestación debida por **La Compañía** (Art. 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro); sin embargo, el plazo de 30 días que **La Compañía** tiene para dar respuesta al Asegurado acerca de la procedencia o no de su reclamación, se computará a partir del día siguiente en que el Asegurado o los Beneficiarios, hayan entregado a ésta toda la documentación e información que les sea requerida.

1.11 Comprobación del Siniestro

El Asegurado presentará a **La Compañía**, además de las formas de aviso de siniestro que le sean entregadas por esta última, toda aquella documentación que sea necesaria y relativa a la comprobación del siniestro.

1.12 Información en Reclamaciones

La Compañía tendrá el derecho de exigir al reclamante, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales se puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo (Art. 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.13 Pago de la Indemnización

La indemnización que proceda será pagada en apego con lo pactado en el contrato de seguro y dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que **La Compañía** haya recibido los documentos e información que le permita

conocer el fundamento y la procedencia de la reclamación (Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.14 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la **Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)**, pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

1.15 Indemnización por Mora

Si **La Compañía** Aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al Beneficiario una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.16 Prescripción

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

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

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

1.17 Terminación de la póliza/certificado

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

- 1. La fecha de término de la vigencia señalada en la carátula de la póliza/certificado.**
- 2. Por falta de pago de primas del seguro: De acuerdo a la cláusula de “Prima” de estas Condiciones Generales.**
- 3. Al encontrarse fuera de las edades señaladas en la cláusula Edades de Aceptación.**
- 4. Por voluntad de las partes, Contratante y/o **La Compañía**. No obstante el término de vigencia de la póliza, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito de una parte a la otra. La notificación deberá realizarse de forma fehaciente y se realizará en el último domicilio conocido, que cada una de las partes haya informado a la otra. La cancelación surtirá efecto a partir de la fecha de vencimiento del último periodo de prima pagado de acuerdo a la forma de pago.**

5. Por cancelación del Contrato al cual se encuentra ligada la Tarjeta de crédito, o aquella que le sustituya, que da origen al seguro.

1.18 Cesión

La presente póliza no podrá ser cedida ni transferida sin el conocimiento por escrito de **La Compañía**.

1.19 Ley Aplicable e Interpretación

Para la interpretación y cumplimiento de las disposiciones de este Contrato se aplicará la Ley de los Estados Unidos Mexicanos.

Toda disposición de estas Condiciones Generales que esté en conflicto con las leyes o las disposiciones reglamentarias de los Estados Unidos Mexicanos, se entiende modificadas de manera tal que cumpla con dichas leyes disposiciones reglamentarias.

1.20 Territorialidad

El presente contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales dentro de la República Mexicana con excepción de aquellas zonas en las que exista algún conflicto bélico.

Edades de aceptación

Para los efectos de este contrato, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio vigencia de esta póliza o de la renovación correspondiente.

Las edades de admisión fijadas por **La Compañía son desde los 18 años y hasta los 70 años cumplidos. La edad máxima para la renovación será de 70 años cumplidos.**

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante **La Compañía**, durante la vigencia de la póliza o en el momento de la presentación de una reclamación, se hará constar dicha comprobación por escrito, y no se tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Si al inicio de vigencia de esta póliza la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido para el Asegurado y **La Compañía** únicamente pagará el importe de la reserva matemática correspondiente que hubiere en la fecha de la rescisión.

1.21 Registro de Asegurados, Altas y Bajas

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, **La Compañía** mantendrá un registro de Asegurados.

Altas: Si el reporte de altas es proporcionado a **La Compañía** dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, la cobertura se iniciará desde el momento que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de **La Compañía** conforme a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten.

Bajas: Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al Colectivo Asegurado, y los beneficios para ellas cesarán a partir de la fecha de vencimiento del último periodo de primas pagado de acuerdo a la forma de pago.

1.22 Renovación Automática

El Contrato será renovado automáticamente por periodos de igual duración al originalmente contratado si dentro de los treinta últimos días naturales de vigencia el contratante o **La Compañía no da aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo.**

La renovación de la póliza se llevará a efecto bajo los mismos términos y condiciones en que fue contratada, aplicando las tarifas vigentes en la fecha de renovación.

El pago de la prima, acreditado con el recibo correspondiente, el estado de cuenta o el comprobante que refleje su cargo a la cuenta del Asegurado, se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de las partes para llevar a cabo la renovación.

1.23 Entrega de la Documentación Contractual

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

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

1. Físicamente en el momento de la contratación; y/o
2. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o
3. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación del seguro; y/o
4. A través del portal de Internet, o cualquier otro medio que **La Compañía** establezca e informe al Asegurado o Contratante.

b) Cuando la contratación del seguro sea realizada vía telefónica, Internet o por cualquier otro medio electrónico, el Asegurado o Contratante están de acuerdo que **La Compañía** podrá emplear los siguientes medios de identificación:

1. Vía telefónica, mediante la grabación de venta y/o Código de Cliente asignado por Banco Santander.
2. Cajero automático, mediante el Número de Identificación Personal (NIP)
3. Intranet institucional, mediante Código de Cliente asignado por Banco Santander.
4. 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 hace constar la vigencia de la póliza.

c) En caso de que por cualquier motivo, el Contratante no reciba su documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro o requiera un duplicado de su póliza, deberá llamar al centro de atención telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en la Ciudad de México o al 01 800 501 0000 LADA sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2 en ambos casos.

d) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación del seguro, debiendo llamar al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en la Ciudad de México o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2, 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 el que se hace constar la petición e cancelación, para el caso de seguros, donde exista la designación de Beneficiarios Preferentes en virtud de créditos otorgados por alguna institución financiera, es necesario contar con el consentimiento por escrito del Beneficiario Preferente e Irrevocable al momento de solicitar la cancelación.

e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación del seguro, debiendo llamar al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en la Ciudad de México o al 01 800 501 0000 LADA sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2, donde se le asignará un folio con el cual se procederá a aplicar la cancelación solicitada, este folio es el medio por el que se hace constar la petición de cancelación, para el caso de seguros, donde exista la designación de Beneficiarios Preferentes en virtud de

créditos otorgados por alguna institución financiera, es necesario contar con el consentimiento por escrito del Beneficiario Preferente e Irrevocable al momento de solicitar la cancelación, este consentimiento deberá enviarse a **La Compañía** para que la cancelación pueda ser aplicada.

f) El cliente puede consultar el estatus de su póliza en cualquier momento llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en la Ciudad de México o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2, o acudiendo a una sucursal bancaria.

g) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la modificación de los datos que considere conveniente a través de un Endoso, el cual deberá tramitarse a través de una sucursal bancaria, o bien, vía correo electrónico a la cuenta de seguroscolectivos@santander.com.mx. El Asegurado podrá conocer el resultado de su solicitud comunicándose al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en la Ciudad de México o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2, o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.

h) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación, en caso de que el Contratante no desee la renovación de su póliza, deberá de comunicarlo por escrito a **La Compañía** en donde se exprese su deseo de no renovarla adjuntando copia de su identificación oficial, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor de 30 días naturales a la fecha de vencimiento de la póliza. Los documentos deberán ser enviados directamente al domicilio de **La Compañía**, señalado en la Póliza.

Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro, dondequiera que aparezcan las palabras que figuran a continuación, tienen los siguientes significados:

Asegurado

Es la persona física Empleado o Autoempleado, cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza.

Autoempleado

Es la persona física que sea trabajador o comerciante o profesionista y labore de forma independiente y perciba un ingreso por dicha actividad.

Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo especificado en la presente Póliza.

Beneficiario

Es la persona que recibe los derechos indemnizatorios de las coberturas del contrato de seguro, especificado en la carátula de la póliza.

Contratante

Es la persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado **La Compañía** en los términos consignados en la póliza y con base en los datos e informes proporcionados por aquella conjuntamente con el Asegurado, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes, siendo éste quien ha otorgado una línea de crédito al Asegurado, disponible a través de una tarjeta de crédito cuyo número se especifica en el certificado respectivo.

Desempleo Involuntario

Situación en la que se encuentra el Asegurado cuando se extingue su relación laboral por cualquiera de las siguientes causas.

- 1.- Por despido injustificado y por causas no previstas en artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo;
- 2.- Porque se extinga la fuente de trabajo como consecuencia de muerte o incapacidad del patrón;
- 3.- Por resolución judicial que declara la terminación de la relación laboral imputable al patrón.

Endoso

Documento Emitido por **La Compañía** que modifica, previo acuerdo entre las partes las Condiciones del Contrato de Seguro y forma parte integrante del mismo.

Enfermedad Preexistente

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

a. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

b. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar de forma objetiva y equitativa la preexistencia, como parte del proceso de suscripción, se podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Cuando el Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior y expresamente haya sido indicado este condicionamiento para su aseguramiento, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

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

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Compañía acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

Empleado

Toda persona física que se encuentre ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia por virtud de un Contrato de trabajo por tiempo Indeterminado o un Contrato de trabajo por tiempo Determinado u Obra Determinada celebrado con una persona que cuente con Registro Federal de Contribuyentes en la República Mexicana.

Evento

Estado de Desempleo Involuntario o de Invalidez Total y Temporal no interrumpido por un Período Activo Mínimo.

Invalidez Total y Temporal

Se entenderá como Invalidez Total y Temporal la incapacidad total que sufre el Asegurado por causa de una enfermedad o accidente para el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluido constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Hospital

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Médico

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

Período de Carencia

Período de tiempo contado a partir del inicio de vigencia del Certificado, durante el cual el Asegurado no tendrá derecho alguno a recibir indemnización bajo este contrato en caso de ocurrencia de un Evento.

Período de Espera

Período de tiempo posterior inmediato al Evento, durante el cual el Asegurado no estará amparado, terminado éste y de persistir el Desempleo o la Invalidez Total y Temporal se realizará el pago del beneficio en los términos de las Condiciones Generales.

Período Activo Mínimo

Lapso de tiempo que deberá transcurrir para que un Asegurado que haya sido indemnizado bajo una cobertura de un Evento bajo este seguro pueda ser nuevamente indemnizado en caso de que incurra nuevamente en un Evento.

Perito Médico

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

Suma Asegurada Indemnizable

Significa la cantidad que **La Compañía** se obliga a pagar al verificarse el evento, cuya regla de determinación se indica en el Consentimiento, el Certificado y la Póliza de seguro.

Cobertura Básica: Desempleo Involuntario o Pérdida del Ingreso por Invalidez Total y Temporal**1.24 Desempleo Involuntario.**

Si durante la vigencia del seguro y habiendo transcurrido el Período de Carencia de 60 (Sesenta) días, el Asegurado queda desempleado involuntariamente, una vez transcurrido el Período de Espera de 30 (treinta) días, si el Asegurado continúa desempleado, **La Compañía** cubrirá al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el Certificado/Póliza en la sección denominada "Suma asegurada indemnizable o Regla para establecerla" a partir de la fecha del evento de desempleo.

El pago de la indemnización procederá siempre y cuando el Asegurado pierda involuntariamente su posición de trabajo derivado de la terminación laboral por alguna de las causales señaladas en "Desempleo Involuntario" del apartado de definiciones.

La cobertura se restablecerá una vez cubierto el Período Activo Mínimo de seis meses, el cual se indica en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual.

Elegibilidad

La cobertura de Desempleo Involuntario es para los Empleados que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia por medio de un Contrato de trabajo por tiempo Indeterminado o un Contrato de trabajo por tiempo Determinado u Obra Determinada con una persona que cuente con Registro Federal de Contribuyentes en la República Mexicana y que tenga una tarjeta de crédito otorgada por el Contratante.

1.25 Exclusiones de Desempleo Involuntario

No se considerará como Desempleo Involuntario y, por tanto, **La Compañía** no pagará indemnización alguna cuando el Asegurado se encuentre en cualquiera de los siguientes supuestos:

- a. Desempleo Involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Período de Carencia.
- b. Por cualquier tipo de incapacidad, por jubilación, por cesantía, por pensión o retiro anticipado del Asegurado.
- c. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo.
- d. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución o motín.
- e. Terminación del empleo por fallecimiento del Asegurado.
- f. Terminación de la relación laboral bajo un Contrato de trabajo por tiempo Determinado u Obra Determinada por término de la vigencia del mismo.
- g. Conclusión o término de la Obra Determinada que dio origen a la relación laboral.
- h. Fin de periodos de prueba, entrenamiento; Terminación de contratos de trabajo temporal.
- i. Programas anunciados por la Empresa en donde labora el Asegurado dentro del periodo de 12 meses previos a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.
- j. Pérdida del empleo debido al cierre de la fuente de trabajo como consecuencia de un evento catastrófico.
- k. Rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a que se refiere el Artículo 47 y 185 de la Ley Federal del Trabajo.

1.26 Pérdida del ingreso por Invalidez Total y Temporal.

Si durante la vigencia del seguro y habiendo transcurrido el Período de Carencia de 60 (sesenta) días, el Asegurado sufre la pérdida de su ingreso económico derivado de un estado de Invalidez Total y Temporal por enfermedad o accidente, una vez transcurrido el Período de Espera de 30 (treinta) días, si el estado de Invalidez Total y Temporal del Asegurado continúa, **La Compañía** cubrirá al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el Certificado/Póliza en la sección denominada "Suma asegurada indemnizable o Regla para establecerla", a partir de la fecha del evento de invalidez.

El Dictamen Médico mencionado en los Documentos para comprobar la Invalidez Total y Temporal deberá contener la temporalidad mínima y continua que tendrá que transcurrir para el restablecimiento de la salud del Asegurado con respecto al estado de Invalidez objeto de la reclamación.

La cobertura se restablecerá una vez cubierto el Período Activo Mínimo de seis meses, el cual se indica en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual.

Elegibilidad

La cobertura de Pérdida del ingreso por Invalidez Total y Temporal es para las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas y que laboren de forma independiente y que perciban un ingreso (AutoEmpleados) y que tenga una tarjeta de crédito otorgada por el Contratante.

1.25.2 Exclusiones de Pérdida del Ingreso por Invalidez Total y Temporal

La Compañía no pagará indemnización alguna respecto de cualquier Invalidez Total y Temporal de Asegurados que resulten de:

1. Padecimientos preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual y por los que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.
2. Intento de suicidio.
3. Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.
4. Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
5. Actos de guerra, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada ó no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares o actos que se deriven de cualquiera de los anteriores.
6. Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.
7. El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.
8. La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña o actos relacionados con cualquiera de los anteriores.
9. La participación directa del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.
10. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado y elegidas voluntariamente por él mismo.
11. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.
12. Embarazo, aborto y legrados uterinos punibles.

1.27 Comprobación del estado de invalidez

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

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

Asegurados derechohabientes del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) deberán presentar el “Dictamen de Invalidez” que dichas Instituciones emitan, **La Compañía** considera plenamente válido dicho Dictamen siempre y cuando esté emitido bajo los formatos y cumpliendo con las formalidades que dichas Instituciones manejen en tanto corresponda a un “Dictamen de Invalidez Total y Temporal”

Asegurados no derechohabientes del Sector Salud, deberán presentar el “Dictamen de Invalidez Total y Temporal” que les haya emitido un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo y siempre y cuando no sea emitido por un Profesional que tenga algún tipo de parentesco de cualquier tipo y grado con el Asegurado o contratante, **La Compañía** tendrá el derecho, de que dicho dictamen sea evaluado y avalado por el Médico Dictaminador de **La Compañía**, con el objeto de corroborar cualquier hecho o circunstancia relacionado con la reclamación y con las pruebas aportadas a efecto de acreditar el estado de Invalidez Total y Temporal.

En caso de controversia entre las partes sobre el diagnóstico de la Invalidez Total y Temporal, se aplicará el siguiente procedimiento de Arbitraje Médico, a efecto de determinar el estado de Invalidez de acuerdo a la definición.

Arbitraje médico

En caso de controversia entre las partes, se aplica el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez de acuerdo a la definición.

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

La Compañía acepta que si el Asegurado acude ante un Perito Médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

Los Asegurados podrán optar por este procedimiento sin perjuicio a lo señalado en la Cláusula de “Competencia”.

En caso de Siniestro nos encontramos a sus órdenes en los teléfonos: 51694300 en la Ciudad de México o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país, en ambos casos marcando al opción 2.

Unidad Especializada de Atención a 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.

Datos de la CONDUSEF

Insurgentes Sur #762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, Ciudad de México, Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Página web: <http://www.condusef.gob.mx> Teléfonos 01 800 999 8080 o 5340 0999

Artículos citados en el Contrato de Seguro

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=es2>

Ley Federal del Trabajo

http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/junta_federal/secciones/consultas/ley_federal.html

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 30 de marzo de 2015, con número de registro CNSF-S0018-0176-2015, CGEN-S0018-0140-2014 del 28/07/2014, RESP-S0018-0383-2015 de fecha 10/04/2015 y RESP-S0018-0203-2016 de fecha 20/06/2016.

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 **Daños** en los siguientes términos:

CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **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-S0018-0176-2016.

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 **Dañ**os 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-S0018-0179-2016.

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-S0018-0059-2017./CONDUSEF-G-00966-001

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

Cuando se contrata un seguro de daños (automóviles, incendio, responsabilidad civil, terremoto, fraude, desempleo, entre otros), 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 26 de mayo de 2015, con número RESP-S0018-0498-2015

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

Daños



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.
- 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.
- Saber que en los seguros de daños, toda indemnización que la aseguradora pague, reduce en igual cantidad la suma asegurada. Sin embargo, ésta puede ser reinstalada, previa aceptación de la Compañía de Seguros, y a solicitud del asegurado, en este caso con el pago de la prima correspondiente.
- Saber que en los seguros de automóviles, según se haya establecido en Condiciones Generales, la aseguradora puede optar por reparar el vehículo asegurado o cubrir la indemnización, haciéndole saber al asegurado o a los beneficiarios, los criterios a seguir y las opciones del asegurado.
- 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.

En caso de cualquier duda, ponemos a su disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana el 5169 4300 y del Interior de la República el 01800 50 100 00 opción 2 de Seguros. 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, Ciudad de México, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas, con número de teléfono 55 1037 3500 ext. 13597, 13599 y 13708.