

Condiciones Generales

1.	Definiciones	1
I.	Relativas al Contrato	1
I.1.	Accidente	1
I.2.	Asegurado	1
I.3.	Contrato de Seguro	1
I.4.	Póliza	1
I.5.	Fecha de Inicio de Cobertura.	2
I.6.	Fecha de Inicio de Vigencia.	2
I.7.	Fecha de Término de Vigencia.	2
I.8.	La Compañía.	2
I.9.	Recibo de pago.	2
I.10.	Solicitud.	2
II.	Relativas a la Cobertura	2
II.1.	Apendicectomía	2
II.2.	Cáncer.	2
II.3.	Cirugías de corazón.	2
II.4.	Colecistectomía.	2
II.5.	Fracturas de huesos.	2
II.6.	Hospitalización.	2
II.7.	Infarto Cardíaco Agudo	2
II.8.	Infarto o Derrame Cerebral	3
II.9.	Institución Hospitalaria	3
II.10.	Insuficiencia Renal Crónica	3
II.11.	Litiasis (Litotripsia)	3
II.12.	Politraumatismo	3
II.13.	Preexistencia	3
II.14.	Renta Diaria	3
II.15.	SIDA	3
II.16.	Suma Asegurada	3
II.17.	Trasplante de Órganos Mayores	3
2.	Objeto del seguro.	3
a.-	Renta Diaria por Hospitalización.	3
b.-	Indemnización por diagnóstico o tratamiento.	4
3.	Cuadro Descriptivo de Coberturas Amparadas	4
4.	Eventos Cubiertos	5
a.-	Renta Diaria por Hospitalización	5
b.-	Indemnización por diagnóstico o tratamiento	5
5.	Exclusiones.	6
6.	Pago de Indemnizaciones	7
6.1.	Límites de Indemnizaciones	7
6.2.	Comprobación del evento Cubierto	7
7.	Cláusulas Generales	8
7.1.	Cláusulas de Interés para el Asegurado	8
a.-	Renovación	8
b.-	Primas	8
c.-	Ajustes por movimientos de Asegurados	9
d.-	Edad Alcanzada	9
e.-	Periodo de Gracia	9
f.-	Reconocimiento de Antigüedad	9
g.-	Entrega de Documentación Contractual	9
7.2.	Cláusulas Operativas	10
a.-	Residencia	10
b.-	Vigencia	10
c.-	Modificaciones	10
7.3.	Cláusulas Contractuales	11
a.-	Competencia	11
b.-	Preexistencia	11
c.-	Prescripción	11
d.-	Omisiones o inexactas declaraciones	11
e.-	Moneda	12
f.-	Notificaciones	12
g.-	Revelación de Comisiones	12
h.-	h. Interés Moratorio	12

CONDICIONES GENERALES

1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al Contrato

I.1. Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

I.2. Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

I.3. Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

I.4. Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y las obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

a) Carátula de la póliza.- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

- 1 Nombres y firmas de los representantes de La Compañía
- 2 Nombre y domicilio del Contratante
- 3 La designación de las personas aseguradas
- 4 La naturaleza de los riesgos transferidos
- 5 Fecha de inicio y fin de la vigencia
- 6 Lista de Endosos incluidos
- 7 El monto de los límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
- 8 Cobertura Contratada
- 9 Prima del seguro
- 10 Montos de Suma Asegurada o tipo de plan

b) Condiciones generales.- Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) Endosos.- Documento generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de los establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

- d) **Información para la orientación en caso de siniestro.-** Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

I.5. Fecha de Inicio de Cobertura.

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

I.6. Fecha de Inicio de Vigencia.

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

I.7. Fecha de Término de Vigencia.

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

I.8. La Compañía.

Nombre con el cual se designará a la aseguradora **“Seguros Santander, S.A.”** en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

I.9. Recibo de pago.

Es el documento expedido por **La Compañía**, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

I.10. Solicitud.

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.

II. Relativas a la Cobertura

II.1. Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

II.2. Cáncer.

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

II.3. Cirugías de corazón.

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastia con colocación de stent.

II.4. Colecistectomía.

Es la cirugía o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

II.5. Fracturas de huesos.

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

II.6. Hospitalización.

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

II.7. Infarto Cardíaco Agudo

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.

II.8. Infarto o Derrame Cerebral

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

II.9. Institución Hospitalaria

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.

II.10. Insuficiencia Renal Crónica

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

II.11. Litiasis (Litotripsia)

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

II.12. Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria que conlleve un riesgo vital.

II.13. Preexistencia

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete. O por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

II.14. Renta Diaria

Es la indemnización que pagará **La Compañía** por cada día de hospitalización.

II.15. SIDA

Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

II.16. Suma Asegurada

Es la responsabilidad a cargo de **La Compañía** por pago de cada evento cubierto.

II.17. Trasplante de Órganos Mayores

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

2. Objeto del seguro.

a.- Renta Diaria por Hospitalización.

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado incurriera en una Hospitalización cubierta, **La Compañía** pagará la Renta Diaria estipulada en la carátula de la póliza por cada día de Hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de Rentas Diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso "a" de este Contrato de Seguro.

Seguro Básico Estandarizado Individual / Familiar de Gastos Médicos Santander

b.- Indemnización por diagnóstico o tratamiento.

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, **La Compañía** pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso "b" de este Contrato de Seguro.

3. Cuadro Descriptivo de Coberturas Amparadas

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y Observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máx de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de Espera
Renta Diaria por Hospitalización	Enf. y Acc. cubiertos en GM, sin periodo de espera	Aplican Exclusiones ¹	½ SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Si	30 días. En caso de accidente no aplica
	Padecimientos ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, Hemorroides, fistulas y fisuras rectales (o prolapsos del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales	Aplican Exclusiones ¹	½ SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Si	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días	½ SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Si	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días	½ SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Si	12 meses
	Complicaciones del Recién Nacido	Aplican Exclusiones ¹	½ SMMGVDF ²	30 días	Públicos y Privados	Si	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	No Aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cancel de piel e Insitu, son excluidos.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	SIDA	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	4 años
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No *	3 meses
	Politraumatismos	Aplican	20 SMMGVDF		Públicos y Privados		

Seguro Básico Estandarizado Individual / Familiar de Gastos Médicos Santander

		Exclusiones ¹			Privados	No *	No aplica
--	--	--------------------------	--	--	----------	------	-----------

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General en el Distrito Federal

1) Numeral 5 de las Condiciones Generales

2) Monto de Indemnización por día

(*) En el caso de Indemnizaciones por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

4. Eventos Cubiertos

a.- Renta Diaria por Hospitalización

Se indemniza la Renta Diaria de acuerdo a lo siguiente:

- a.1. En el caso de Hospitalización, cuando se presente después de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia continua de la póliza en esta **Compañía** para el Asegurado afectado, salvo en caso de accidentes la cobertura inicia a partir del primer día. El tiempo máximo de pago es de 30 (treinta) días.
- a.2. Para la Hospitalización por parto normal y cesárea siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia continua en la póliza en esta **Compañía**; con máximo de 2 (dos) días de Renta Diaria. En caso de complicación del parto, este queda cubierto por un tiempo máximo de hasta 30 (treinta) días, igualmente siempre y cuando la madre cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia.
- a.3. Para la Hospitalización por las complicaciones del recién nacido siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía, con un máximo de 30 días de Renta Diaria.
- a.4. La Renta Diaria de los siguientes procedimientos siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en esta **Compañía**:
 - a) Padecimientos ginecológicos.
 - b) Padecimientos de la columna vertebral.
 - c) Padecimientos de glándulas mamarias.
 - d) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
 - e) Amigdalitis y adenoiditis.
 - f) Hernias y eventraciones.
 - g) Nariz o senos paranasales.

Salvo en caso de politraumatismo.

- a.5. En los demás casos cuando la Hospitalización se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la póliza en esta **Compañía** para el Asegurado afectado.

El límite de responsabilidad a cargo de **La Compañía** por pago de Rentas Diarias será hasta un máximo de 30 (treinta) días de indemnización por padecimiento por cada año de vigencia, excepto en Parto Normal y Cesárea en los cual será máximo de 2 (dos) días.

b.- Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Se indemniza la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada uno de los siguientes eventos:

- b.1. Para fracturas de Huesos y Politraumatismos a partir del primer día de vigencia de la póliza para el Asegurado afectado.

En el caso de Fracturas de Huesos la indemnización es única dentro de la vigencia de póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

Quedan excluidas las Fracturas de Huesos del pie, las manos y la nariz.
- b.2. Para los siguientes eventos, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 3 meses de vigencia continua en la póliza en esta **Compañía**:
 - i. Apendicectomía.
 - ii. Colecistectomía.
 - iii. Litiasis.
 - iv. Cáncer. Excepto cáncer no invasivo in-situ y el cáncer de piel.

- v. Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón.
- vi. Infarto o Derrame Cerebral.
- vii. Transplantes de los siguientes órganos mayores: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.
- viii. Insuficiencia Renal Crónica

Para cada uno de estos eventos, la Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

- b.3.** Para SIDA siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 4 años de vigencia continua en la póliza en esta **Compañía**.

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

El SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que hayan transcurrido los primeros 4 años de vigencia continua de la póliza en esta **Compañía**.

5. Exclusiones.

Para los efectos de este Contrato de Seguro quedan excluidas las Rentas Diarias por Hospitalización e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- a. **Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.**
- b. **Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo**
- c. **Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**
- d. **Hospitalización o eventos debido a lesión autoinflingida, intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- e. **Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**
- f. **Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.**
- g. **Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**
- h. **Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**
- i. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de “Check up”.**
- j. **Afecciones propias del embarazo como abortos o legrados.**
- k. **Gastos o manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.**
- l. **Tratamientos en vías de experimentación.**
- m. **Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.**
- n. **Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**

6. Pago de Indemnizaciones

6.1. Límites de Indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de **La Compañía** dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todos los documentos que fundamenten la indemnización que **La Compañía** haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula 6.2 Comprobación del evento cubierto.

Las indemnizaciones para los Eventos Cubiertos citados en la cláusula 4, se pagarán de acuerdo a los siguientes límites.

EVENTO	RENTA DIARIA
Hospitalización	De acuerdo a 4.a 1/2 SMMGVDF*

*SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

EVENTO	DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO	SUMA ASEGURADA
Indemnizaciones	De acuerdo a 4.b.1 Fractura de Huesos	1 SMMGVDF*
	De acuerdo a 4.b.2 Colecistectomía Litiasis Apendicectomía	5 SMMGVDF*
	Cáncer Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón Derrame o Infarto Cerebral Trasplante de órganos mayores Insuficiencia Renal Politraumatismos	20 SMMGVDF*
	De acuerdo a 4.b.3 Sida	20 SMMGVDF*

*SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

6.2. Comprobación del evento Cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- (i) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- (ii) En el caso de una reclamación por Renta Diaria por Hospitalización será indispensable presentar.
 - El comprobante de la Institución Hospitalaria con nombre completo del paciente, diagnóstico y número de días de estancia.
 - La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de Hospitalización en hospitales privados).
- (iii) En caso de una Indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:
 - El informe del médico tratante.

- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, **La Compañía** quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que **La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.**

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a **La Compañía** de cualquier obligación.

Cuando **La Compañía** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anterior a la fecha de Vigencia de la póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que **La Compañía** notifique la improcedencia de una reclamación a causa de una preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y **La Compañía**, para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete 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 dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por **La Compañía** quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará 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**.

7. Cláusulas Generales

7.1. Cláusulas de Interés para el Asegurado

a.- Renovación

Este Contrato de Seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el asegurado no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de **La Compañía**, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b.- Primas

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma, o
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto.

c.- Ajustes por movimientos de Asegurados

En el caso de altas de Asegurados, **La Compañía** cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante el 60% de la prima no devengada.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de primas.

d.- Edad Alcanzada

- a) **La Compañía** aceptará el ingreso a la póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de renovación y ajustes por movimientos de Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras vivan los Asegurados mediante la obligación del pago de la prima.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los Asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y **La Compañía** reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de **La Compañía** se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) **La Compañía** se reserva del derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, **La Compañía** deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

e.- Periodo de Gracia

El contratante dispondrá de treinta días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

f.- Reconocimiento de Antigüedad

No se reconocerá antigüedad entre compañías.

g.- Entrega de 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 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** por conducto de correo certificado y/o correo electrónico le hará entrega al Contratante la documentación contractual en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro, dicha entrega se realizará dentro de los 30 días naturales siguientes.
- 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** empleara los siguientes medios de identificación:
 - Vía telefónica, mediante la grabación de venta y/o Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Cajero automático, mediante el número de Identificación Personal (NIP)
 - Intranet institucional, mediante Código de Cliente asignado por Banco Santander.

- Internet, mediante un número de Usuario y Password designado por el cliente.

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

El cargo que se realiza a la cuenta designada por el Asegurado para el cobro de las primas es el medio por el cual se hace constar la vigencia 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 51694300 en la CDMX o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2 de Seguros.

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 51694300 en la CDMX o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2 Seguros, 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 51694300 en la CDMX o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2 Seguros, 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 51694300 en la CDMX o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2 Seguros, 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 51694300 en la CDMX o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país, marcando la opción 2 Seguros, o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.

i) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación, en caso de que el Asegurador o Contratante no deseen la renovación de su producto, deberán de comunicarlo por escrito a **La Compañía** en donde se exprese su deseo de no renovarla adjuntando copia de su identificación oficial, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor de 30 días naturales a la fecha de vencimiento de la póliza.

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

7.2. Cláusulas Operativas

a.- Residencia

Para efecto de ésta póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

b.- Vigencia

La vigencia de este Contrato de Seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la póliza.

c.- Modificaciones

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 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.

7.3. Cláusulas Contractuales

a.- Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante 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, a partir de la negativa de la Institución Financiera 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.

b.- Preexistencia

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:

- i. Que previamente a la celebración de un 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 algún diagnóstico.
- ii. Cuando **La Compañía** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- iii. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentales, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de se trate.

Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

c.- Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá 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.

En términos del Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa Institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

d.- Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a **La Compañía**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las

condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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

e.- Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en moneda nacional.

f.- Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el Contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a **La Compañía** en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier notificación realizada por **La Compañía** relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

g.- Revelación de Comisiones

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, corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. **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 a la Solicitud.

h.-Interés Moratorio

En el caso de que La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN 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.

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://](http://www.condusef.gob.mx)

www.condusef.gob.mx

Teléfonos 01 800 999 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 24 de Julio de 2009, con el número CNSF-S0018-0371-2009, RESP-S0018-0381-2015 del 10/04/2015 y RESP-S0018-0202-2016 del 20/06/2016./CONDUSEF-001019-01

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 **Accidentes y Enfermedades** 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-S0018-0175-2016./CONDUSEF-001019-01

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 **Accidentes y Enfermedades** 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-S0018-0178-2016./CONDUSEF-001019-01

Documentación Contractual

Cláusula General:

“ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL”

Aplicable a los contratos de seguros que se celebren, tanto de adhesión como de no-adhesión

Clausula XXX. 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 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 de venta y/o Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Cajero automático, mediante el número de Identificación Personal (NIP)
 - Intranet institucional, mediante Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Internet, mediante un número de Usuario y Password designado por el cliente.

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

El cargo que se realiza a la cuenta designada por el Asegurado para el cobro de las primas es el medio por el cual se hace constar la vigencia 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 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el 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 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el 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 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el 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 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el 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 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.
- i) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación, en caso de que el Asegurador o Contratante no deseen la renovación de su producto, deberán de comunicarlo por escrito a **La Compañía** en donde se exprese su deseo de no renovarla adjuntando copia de su identificación oficial, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor de 30 días naturales a la fecha de vencimiento de la póliza.
- j) Los documentos podrán ser enviados a **La Compañía** vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx. o directamente a las oficinas de **La Compañía**.

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 25 de agosto de 2014, con el número CGEN-S0018-0127-2014./CONDUSEF-001019-01

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-S0018-0058-2017./CONDUSEF-G-00965-001

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

Cuando se contrata un seguro de accidentes y enfermedades, 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 el registro especial RESP-S0018-0497-2015./ CONDUSEF-001019-01

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

Accidentes y Enfermedades



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.

En caso de cualquier duda, ponemos a su disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad 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 4, 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.