

Estimada Cliente,

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

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

Le recordamos revisar detenidamente la Póliza y sus Condiciones Generales, en ellas encontrará los riesgos amparados, sumas aseguradas, el alcance de sus coberturas y qué hacer en caso de siniestro.

Si tiene alguna duda o requiere información adicional, nuestros especialistas tendrán el gusto de atenderle y asesorarle en los teléfonos 5169 43 00 en México, D. F., 01 800 501 0000 del interior de la República, LADA sin costo.

Atentamente

Zurich Santander Seguros México, S. A.

CUSF

Contenido

1.	Cláusulas Generales	1
1.1.	Contrato	1
1.2.	Contratante	1
1.3.	Modificaciones	1
1.4.	Vigencia	1
1.5.	Carencia de Restricciones	1
1.6.	Edades de aceptación	1
1.7.	Periodo de Espera	2
1.8.	Pago de la prima y periodo de gracia	2
1.9.	Cancelación / Falta de pago de la prima	3
1.10.	Rehabilitación	3
1.11.	Renovación	3
1.12.	Incremento de Suma Asegurada	3
1.13.	Terminación del seguro	3
1.14.	Periodo Máximo de Beneficio	4
1.15.	Enfermedad Preexistente	4
1.16.	Indisputabilidad	5
1.17.	Omisiones o declaraciones inexactas	5
1.18.	Conocimiento del siniestro	5
1.19.	Pérdida del derecho a recibir la indemnización	6
1.20.	Pago de indemnizaciones	6
1.21.	Liquidación	6
1.22.	Reclamante Sustituto	6
1.23.	Beneficiarios	7
1.24.	Comunicación	7
1.25.	Competencia	7
1.26.	Moneda	8
1.27.	Comisión o compensación directa	8
1.28.	Interés moratorio	8
1.29.	Pruebas	9
1.30.	Prescripción	10
1.31.	Entrega de Documentación Contractual	10
2.	Definiciones	11
3.	Descripción de las Coberturas	14
	Objeto	14
3.1.	Cobertura Básica	14
3.1.1.	Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Femenino.	14
3.2.	Coberturas Adicionales Opcionales	14
3.2.1.	Indemnización Diaria por Hospitalización y Convalecencia por Cáncer Femenino	14
3.2.2.	Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Cáncer Femenino	15
4.	Exclusiones	16
5.	En caso de Siniestro	16
6.	Asistencia Protección Médica Mujer	17
6.1.	Definiciones de la Asistencia	17
6.2.	Características de la Asistencia	18
6.2.1.	Asistencia Funeraria	18
6.2.2.	Asistencia Telefónica	20
6.2.2.1.	Médica	20
6.2.2.2.	Nutricional	20
6.2.2.3.	Psicológica y Tanatológica	20
6.2.2.4.	Servicios de orientación para el control de costos de medicamentos	21
6.2.3.	Costos preferenciales en farmacias y laboratorios	21

6.2.4.	Traslado en ambulancia en caso de emergencia.....	21
6.2.5.	Servicio dental	22
6.2.5.1.	Servicio Dental sin costo para la Asegurada.....	22
6.2.5.2.	Referencias con dentistas en situaciones de emergencia:	22
6.2.5.3.	Servicios de Asistencia Dental con Costo preferenciales con uso ilimitado:	22
6.2.6.	Servicio de enfermera referenciado	22
6.2.7.	De las obligaciones generales de la Asegurada para los servicios de asistencia.	22
6.3.	Exclusiones Particulares de la Asistencia Protección Médica Mujer	23

Zurich Santander Seguros México, S.A

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

1. Cláusulas Generales

1.1. Contrato

Esta Póliza, la solicitud, las cláusulas adicionales, las Condiciones Generales, los endosos que se agreguen, constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre la Asegurada y **La Compañía**.

1.2. Contratante

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

El Contratante y la Asegurada pueden ser la misma persona.

1.3. Modificaciones

Las Condiciones Generales de esta Póliza, sólo se podrán modificar previo acuerdo entre **La Compañía** y el Contratante, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

1.4. Vigencia

Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta Póliza y continúa durante el plazo del seguro establecido, siempre que el plan de pago de primas sea pagado de acuerdo a lo pactado.

1.5. Carencia de Restricciones

Este Contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes y género de vida de la Asegurada.

1.6. Edades de aceptación

Para los efectos de este Contrato, se considerará como edad real de la Asegurada 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 y hasta los 70 años.**

La edad máxima de renovación es hasta los 70 años.

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

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

Si con posterioridad al inicio de vigencia de la Póliza se comprueba que la edad declarada de la Asegurada fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía se procederá de acuerdo a lo siguiente:

- a. Si la Asegurada declaró una edad menor a su edad real, la indemnización del siniestro se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la prima que corresponda a la edad verdadera.
- b. Si la Asegurada declaró una edad mayor a la real, la indemnización del siniestro no se modificará, y La Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del Contrato o de su última renovación.

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

1.7. Periodo de Espera

El inicio de cobertura para los beneficios que otorga esta Póliza se considerará luego de transcurrir 30 días naturales de vigencia continua de esta Póliza y/o de su última rehabilitación, y si su primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento hayan iniciado después de este periodo.

El lapso mencionado para enfermedad no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones ininterrumpidas.

1.8. Pago de la prima y periodo de gracia

La prima total de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario de la Póliza, desde la fecha de inicio de vigencia.

El Contratante y/o la Asegurada, en cualquier aniversario de la Póliza, pueden optar por el pago fraccionado de la prima anual total a su cargo, mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, aplicándose en este caso la tasa de financiamiento que para tal efecto se pacte entre La Compañía y la Asegurada en la fecha de cada aniversario; las exhibiciones correspondientes vencerán al inicio de cada mes, trimestre o semestre.

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

El Contratante y/o la Asegurada, gozará de un periodo de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la fracción pactada en el Contrato. A las 12 horas del último día del periodo de gracia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que aquí se inserta:

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

En caso de siniestro, **La Compañía** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

1.9. Cancelación / Falta de pago de la prima

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

1.10. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto por la Cláusula de **Cancelación**, el Contratante podrá dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima del seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

Si la rehabilitación es solicitada en un periodo mayor a 30 días naturales contados a partir del último día del plazo de gracia que se le concede para el pago de la prima, ésta NO se llevará a cabo, no obstante el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva Póliza.

En este caso, **La Compañía** ajustará a prorrata y devolverá de inmediato la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo.

En ningún caso se responderá por padecimientos ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula.

1.11. Renovación

Esta Póliza se considerará renovada automáticamente por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo alguna de las partes no da aviso por escrito de su voluntad de no renovarla. El pago de la prima acreditada mediante el conducto establecido en la solicitud del seguro, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

Dado que la protección ofrecida cubre únicamente la primera ocurrencia de cáncer, la renovación de la Póliza, no se realizará:

- 1. Cuando la Asegurada ya hubiese recibido los beneficios ofrecidos por la primera ocurrencia de Cáncer.**
- 2. Cuando hubiese una reclamación para el pago de la indemnización que sea improcedente por ser una enfermedad preexistente.**

En caso de que no se renueve la Póliza, ésta se dará por terminada.

1.12. Incremento de Suma Asegurada

En cada aniversario de la póliza la Suma Asegurada y la Indemnización Diaria se incrementarán en la cantidad que resulte de aplicar a la Suma Asegurada y a la Indemnización Diaria alcanzada el porcentaje de incremento estipulado en la carátula de la Póliza.

1.13. Terminación del seguro

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.**
- 2. Falta de pago de primas del seguro.**
- 3. A solicitud por escrito de la Asegurada o el Contratante.**
- 4. Al encontrarse fuera de las edades señaladas en la cláusula Edades de Aceptación.**

En caso que el Contratante solicite la terminación anticipada del Seguro (Cancelación) **La Compañía** reintegrará la prima no devengada menos la comisión o compensación directa, correspondiente que se hubiere pagado.

1.14. Periodo Máximo de Beneficio

El límite máximo de aplicación de las coberturas por Hospitalización, a consecuencia del diagnóstico de la primera ocurrencia de Cáncer, inicia al ocurrir la primer hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se hayan alcanzado algunos de los límites señalados a continuación: un máximo de 180 días de Indemnización, o que se alcance el máximo del Monto Acumulado que especifique la carátula de la Póliza para cada beneficio, lo que ocurra primero.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado, o los 180 días de la indemnización diaria especificados, o al alcanzar el Monto Acumulado que se especifique en la carátula de la Póliza termina la obligación por parte de **La Compañía para esa cobertura.**

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia del evento amparado, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar los límites aquí señalados.

En caso de cancelación de la Póliza la obligación concerniente a aquellos días de hospitalización posteriores a la cancelación no estarán cubiertos.

En caso de terminación de la Póliza, las coberturas de Hospitalización podrán seguir siendo indemnizadas hasta que se concluya el plazo de doce (12) meses después de la primera Hospitalización, siempre que no se hayan alcanzado algunos de los límites señalados a continuación: un máximo de 180 días de Indemnización, o que se alcance el máximo del Monto Acumulado que especifique la carátula de la Póliza para cada beneficio, lo que ocurra primero.

1.15. Enfermedad Preexistente

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

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

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que la Asegurada haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar a la Asegurada 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, la Asegurada 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, el cual será sin costo para el solicitante.

Cuando la Asegurada 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 a juicio de **La Compañía** se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, la Asegurada podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por la Asegurada y **La Compañía**, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes, para lo cual deberá ser parte de una institución pública o privada, pero no deberá haber atendido a la Asegurada previamente y no deberá ser parte de la red médica de la Aseguradora; 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 la Asegurada 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 la Asegurada y en caso de existir será liquidado por **La Compañía**.

1.16. Indisputabilidad

Las coberturas amparadas por el presente Contrato de Seguro, serán disputables dentro de los dos primeros años posteriores a su inicio de vigencia. El Contrato de Seguro podrá ser rescindido para la Asegurada en caso de omisiones o inexactitud en las declaraciones de los hechos importantes para la apreciación de los riesgos, hechas en la solicitud que sirvió de base para su contratación.

Transcurridos dos años desde el inicio de vigencia, **La Compañía** renuncia al derecho de disputabilidad que le confiere la Ley.

1.17. Omisiones o declaraciones inexactas

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

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

1.18. Conocimiento del siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o la Asegurada 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, deberán ponerlo en conocimiento de **La Compañía**, quien a su vez les indicará la documentación y los formatos que por esta razón es necesario presentar.

El Contratante y/o la Asegurada, o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días hábiles para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito y de fuerza mayor, debiendo dar el aviso en cuanto cese uno u otro.

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

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

1.19. Pérdida del derecho a recibir la indemnización

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

1.20. Pago de indemnizaciones

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

Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a **La Compañía**, la realización del evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

La indemnización correspondiente por este beneficio se liquidará directamente a la Asegurada, previniéndose que cuando por razones atribuibles a su condición de salud, por el evento motivo de esta cobertura, ocurriese el fallecimiento de la Asegurada antes de que se realice el pago correspondiente por parte de **La Compañía**, la indemnización procedente se liquidará a los Beneficiarios que para este caso haya designado la Asegurada.

1.21. Liquidación

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondiente a las coberturas contratadas en un plazo no mayor a 30 días naturales a partir de que reciba los formatos que al efecto debe proporcionar de inmediato a solicitud de los interesados, los cuales deberán presentarse debidamente requisitados y acompañados de las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas.

1.22. Reclamante Sustituto

Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por **La Compañía**, que por razones atribuibles a su condición de salud, la Asegurada no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Reclamante Sustituto deberá indicarse en el formato que para este fin le proporcionó **La Compañía** teniendo como único requisito que sea mayor de edad. La Asegurada en todo momento tendrá la opción de modificarlo y comunicar esta nueva designación a **La Compañía**.

En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente, **La Compañía** tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

Los efectos del Reclamante Sustituto son para realizar los trámites de Indemnización ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre de la Asegurada, por lo que se establece así que al efectuar el pago atribuible a la Asegurada, al Reclamante Sustituto, **La Compañía** ha satisfecho la indemnización procedente a ese reclamo en específico.

El Reclamante Sustituto una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente Póliza, extenderá a **La Compañía** el recibo de finiquito correspondiente, que liberará a **La Compañía** de cualquier obligación derivada de esta reclamación por el monto del pago efectuado.

Al ocurrir el fallecimiento de la Asegurada deberá procederse de acuerdo a lo indicado en el apartado Beneficiarios.

1.23. Beneficiarios

En el caso en que exista una Indemnización procedente por la(s) cobertura(s) contratada(s), al ocurrir la muerte de la Asegurada antes de que **La Compañía** realice el pago respectivo, **La Compañía** asumirá como Beneficiarios a los designados por la Asegurada y señalados en la carátula de Póliza, teniendo la Asegurada en todo momento la opción a modificarlos, considerando, que siempre que no exista restricción legal en contrario, la Asegurada podrá hacer nueva designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a **La Compañía**.

En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y **La Compañía** pague el importe del seguro al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

La Asegurada, aún en el caso de que haya designado en la Póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

La Asegurada puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a **La Compañía**. Dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será la única prueba admisible.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que la Asegurada y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión de la Asegurada, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

La Asegurada debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que la Asegurada, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

1.24. Comunicación

Todas las comunicaciones del Contratante o de la Asegurada hacia **La Compañía** deberán dirigirse por escrito a su domicilio social, el cual se indica en la carátula de la Póliza. Las comunicaciones que esta última realice a aquéllos, deberán dirigirlas al último domicilio del que tenga conocimiento.

1.25. 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.

1.26. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte de la Asegurada o de **La Compañía**, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

1.27. Comisión o compensación directa

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.

1.28. Interés moratorio

Si **La Compañía** de seguros 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, que a la letra indica:

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

1.29. Pruebas

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

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

1.30. Prescripción

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

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

1.31. Entrega de Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza y Condiciones Generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivados del contrato celebrado a través de alguno de los siguientes medios:

- a) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, La Compañía proporcionará además del nombre comercial del seguro, el número de la póliza asignada y la documentación contractual al Contratante del seguro, a través de los siguientes medios:
 1. Físicamente en el momento de la contratación; y/o
 2. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o
 3. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación del seguro; y/o
 4. A través del portal de Internet, o cualquier otro medio que La Compañía establezca e informe a la Asegurada o Contratante.
- b) 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 y a tal efecto, deberá proporcionar el número de solicitud o póliza que le haya sido proporcionado por La Compañía al momento de la contratación del seguro.
- c) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, la Asegurada y/o Contratante (cuando coincidan en la misma persona) 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, indicando el número de póliza en donde se le asignará un número de folio, el cual deberá proporcionar posteriormente a un 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.
- d) El Contratante del seguro 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 el DF o al 01 800 501 00 00 lada sin costo desde el interior del país, o acudiendo a una sucursal bancaria
- e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, la Asegurada y/o Contratante (cuando coincidan en la misma persona) 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. La Asegurada y/o Contratante (cuando coincidan en la misma persona) 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.

- f) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación, en caso de que la Asegurada 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.
- g) Los documentos podrán ser enviados a **La Compañía** vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de **La Compañía**.

2. Definiciones

Arbitraje Médico

Procedimiento en el que **La Compañía** y la Asegurada, convienen someterse a comparecer ante un árbitro independiente designado de mutuo acuerdo y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes, en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. Se establece así que el laudo emitido vinculará a las partes y por tanto tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Asegurada

Es la persona física inscrita en la presente Póliza a cuyo nombre se expide la Póliza, y en este caso se refiere en todo momento a una persona del género femenino, la cual obtiene el beneficio de las coberturas amparadas.

Cáncer

Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por un crecimiento descontrolado de células anormales o malignas, que pueden formar tumores, invadir tejidos adyacentes o extenderse a otras partes del cuerpo, incluyéndose en este caso Leucemia y Enfermedad de Hodgkin.

Para claridad de la Asegurada se menciona que son objeto de la cobertura de esta Póliza única y exclusivamente los siguientes tipos de Cáncer: Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico – Uterino, Cáncer Ovárico y Cáncer Endometrial.

Entendiéndose como tales:

- Cáncer de Mama: es un tumor maligno que se origina en las células del seno.
- Cáncer Cérvico – Uterino: es el cáncer de cuello uterino o cáncer cervical el cual se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero.
- Cáncer Ovárico: se origina en los ovarios. Los ovarios son glándulas reproductoras encontradas sólo en las mujeres que producen los óvulos para la reproducción.
- Cáncer Endometrial: se origina en el endometrio, que es el revestimiento o capa interna del útero (la matriz).

Metástasis

Diseminación de un cáncer o tumor maligno a órganos distantes, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

Cáncer In Situ

Forma temprana de cáncer, confinado a la capa de células que le dio origen y que no ha invadido tejidos vecinos ni se ha extendido a otras partes del cuerpo.

Certificación Médica

Se entenderá como tal el diagnóstico de la primera ocurrencia de Cáncer, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, que es efectuado por un médico autorizado legalmente

para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad.

Diagnóstico

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

Endoso

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

Enfermedad Preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad:

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

Evento

Es la afectación que sufre la Asegurada, a consecuencia del diagnóstico de la primera ocurrencia de cáncer, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, e incluso hospitalizaciones, que son derivadas del acontecimiento inicial. Para efecto de esta cobertura se establece que cubre únicamente un evento durante todo el tiempo que esté vigente la Póliza.

Hospitalización

Estancia continua de 12 horas como mínimo, en internamiento y bajo supervisión médica a partir del momento en que la Asegurada ingrese como paciente interno en una Institución hospitalaria.

Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

Se identifica como tal a la Hospitalización que se efectúa en una unidad de cuidados de salud de una institución hospitalaria en la que de manera específica se destina personal y equipos altamente especializados, que ofrecen atención a pacientes clínicos y quirúrgicos, cuyas condiciones y riesgos para su vida requieren asistencia integral y monitoreo constante de sus signos vitales, por la complejidad de sus tratamientos o procedimientos y la gravedad de sus enfermedades.

Indemnización Diaria

Monto establecido en la carátula de la Póliza para esta cobertura como importe a cubrir por cada día de Hospitalización.

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.

Para efecto de esta Póliza no se consideran Institución hospitalaria, las casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Monto Acumulado

Es la cantidad máxima que **La Compañía** asume como obligación por cada cobertura durante la vigencia de la Póliza y que al momento en el que el total de la Indemnización diaria otorgada por el número de días de hospitalización le iguale, determina el fin del otorgamiento de la Indemnización.

Perito Médico

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

Periodo de Espera

Es el plazo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurada desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura con **La Compañía** a fin de que determinados padecimientos puedan ser cubiertos.

Póliza

Es el Contrato de Seguro, Condiciones Generales, carátula de la Póliza, endosos y demás documentos contractuales, celebrados entre el Contratante y **La Compañía**, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

Primera ocurrencia

Es la primera ocasión en la que la Asegurada es diagnosticada por alguno de los padecimientos cubiertos.

Recurrente

Se define como tal a las manifestaciones de un mismo padecimiento que han vuelto a aparecer después del tratamiento aplicado.

Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

Síntoma

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder)

Vigencia

Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de ésta y continúa durante el plazo del seguro establecido siempre que el plan de pago de primas sea pagado de acuerdo a lo pactado.

3. Descripción de las Coberturas

Objeto

La **Compañía**, se obliga a cubrir las indemnizaciones correspondientes a la Asegurada o a los Beneficiarios de los beneficios enunciados en la cobertura básica de **Diagnóstico de la primera ocurrencia de Cáncer** y los beneficios enunciados en las coberturas adicionales contratadas, enunciadas en la carátula de la Póliza, a consecuencia del diagnóstico de la primera ocurrencia de Cáncer, que de acuerdo con las condiciones de la Póliza y las características del plan contratado se determine como procedente, aclarándose que el alcance de la cobertura será exclusivamente dentro de los términos y condiciones que se especifican para otorgar los beneficios como contraprestación de las obligaciones que para la Asegurada corresponden y que se detallan en estas mismas condiciones generales.

3.1. Cobertura Básica

3.1.1. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Femenino.

La **Compañía**, establece de acuerdo a los términos y condiciones de esta Póliza, que si a la Asegurada amparada en esta Póliza se le **diagnostica la primera ocurrencia de Cáncer** y éste no se encuentra señalado como parte de las exclusiones y/o no es considerado como Preexistente, tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, la Indemnización que se especifica para este beneficio en la carátula de la Póliza, de acuerdo al tipo de cáncer que se presente como primera ocurrencia.

Cáncer La cantidad señalada como suma asegurada en la carátula de la Póliza.

Cáncer in situ. La cantidad señalada como suma asegurada en la carátula de la Póliza.

Al liquidar alguna de estas alternativas se da por terminada la obligación de La Compañía por esta cobertura.

Para claridad de la Asegurada se menciona que son objeto de la cobertura de esta Póliza única y exclusivamente los siguientes tipos de Cáncer:

- **Cáncer de Mama**
- **Cáncer Cérvico - Uterino**
- **Cáncer Ovárico**
- **Cáncer Endometrial**

Se establece que el diagnóstico que avale la primera ocurrencia de cáncer o su evolución, deberá basarse en la evaluación con pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

3.2. Coberturas Adicionales Opcionales

3.2.1. Indemnización Diaria por Hospitalización y Convalecencia por Cáncer Femenino

De especificarse su contratación en la carátula de la Póliza, La **Compañía** establece de acuerdo a los términos y condiciones de esta Póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia del **diagnóstico de la primera ocurrencia de Cáncer**, en la vigencia de esta Póliza la Asegurada amparada por esta cobertura requiriese Hospitalización, **tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria**

que se especifica en la carátula de la Póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

Adicionalmente como apoyo a su convalecencia tendrá derecho a un 50% de la indemnización diaria ya señalada en el párrafo anterior por el mismo número de días de Hospitalización que se acrediten, en caso de que no haya una Hospitalización previa no se cubrirá la convalecencia.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización y Convalecencia, inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de la indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de **La Compañía** para esta cobertura.

En caso de cancelación de la Póliza, la obligación concerniente a días de hospitalización posteriores a la cancelación, no estarán cubiertos.

3.2.2. Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Cáncer Femenino

De especificarse su contratación en la carátula de la Póliza, **La Compañía** establece de acuerdo a los términos y condiciones de esta Póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia del diagnóstico de la primera ocurrencia de Cáncer, durante la vigencia de esta Póliza la Asegurada amparada por esta cobertura requiriese Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos, **tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la Póliza, por cada día de hospitalización, con máximo del monto acumulado que se especifique en la misma carátula para este beneficio.**

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización, inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el monto acumulado que se especifique en la carátula de la Póliza para este beneficio.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado, o al alcanzar el monto acumulado que se especifique en la carátula de la Póliza para este beneficio, termina la obligación por parte de **La Compañía** para esta cobertura.

En caso de cancelación de la Póliza, la obligación concerniente a días de hospitalización posteriores a la cancelación, no estarán cubiertos.

4. Exclusiones

Las indemnizaciones ofrecidas por esta Póliza en su protección básica y sus coberturas adicionales no surtirán efecto en caso de que la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- a) **Cáncer preexistente.**
- b) **Cualquier tipo de cáncer diferente a los señalados como cubiertos y que se especifican en esta Póliza.**
- c) **Recurrencias de cáncer previamente diagnosticado.**
- d) **Cualquier tumor asociado al síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o a la presencia del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).**
- e) **Cualquier tipo de Cáncer In situ excepto cuando sea de Mama, Ovárico, Cérvico-uterino, Endometrial.**
- f) **Cáncer cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radiactivo.**
- g) **Cualquier displasia, tumor benigno, crecimiento pre-maligno, neoplasia (Inter o intra) epitelial, lunares o verrugas.**
- h) **Cualquier tumor que ha invadido la submucosa, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales y no se ha metastatizado.**
- i) **Cualquier formación de tejido anormal o extraño, que no se diagnostique como cáncer.**

5. En caso de Siniestro

En caso de Siniestro nos encontramos a sus órdenes en los teléfonos: 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país.

En caso de siniestro se solicitarán los siguientes documentos:

Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Femenino.

- Formato de Reclamación en original, debidamente llenado.
- Resumen Clínico completo expedido por la institución de salud correspondiente o médico tratante, que integre: ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, indicando diagnóstico y fecha de diagnóstico, tiempo de evolución de padecimiento(s) con fecha de inicio de síntomas y tiempo de evolución, interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración física, plan terapéutico y tratamiento médico. Elaborar en hoja membretada, con fecha y firma respectiva.
- Resultado de estudios histopatológicos que determinen la existencia de cáncer y tipo.
- Estudios relacionados al diagnóstico del padecimiento reclamado y sus interpretaciones.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización y Convalecencia por Cáncer Femenino Para los eventos de Hospitalización

- Formato de Reclamación en original, debidamente llenado.
- Constancia de Internamiento expedida por la Institución de salud respectiva para corroborar los días de hospitalización, elaborada en hoja membretada, con fecha y firma respectiva.

Para los eventos de Convalecencia

- Formato de Reclamación en original, debidamente llenado.
- Constancia de Internamiento expedida por la Institución de salud respectiva para corroborar los días de hospitalización, elaborada en hoja membretada, con fecha y firma respectiva.
- Constancia médica a través de la cual se otorgan días de incapacidad por convalecencia médica, misma que deberá estar expedida por la Institución de Salud respectiva o por médico tratante. Elaborada en hoja membretada, con fecha y firma respectiva.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Cáncer Femenino

- Formato de Reclamación en original, debidamente llenado.
- Constancia de Internamiento expedida por la Institución de salud respectiva para corroborar los días de hospitalización, elaborada en hoja membretada, con fecha y firma respectiva.
- Nota de Ingreso y Egreso de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Identificación de Cliente (Asegurada): aplica para cada una de las coberturas reclamadas.

- Copia simple de Identificación Oficial vigente (INE, IFE, Licencia de conducir, Pasaporte, etc.).
- Copia del comprobante de domicilio si la dirección es diferente a la indicada en la Identificación Oficial, con vigencia no mayor a tres meses.

En caso de Fallecimiento de la Asegurada, adicional a los documentos señalados anteriormente se solicitará a los Beneficiarios:

- La reclamación oficial por parte del beneficiario designado que debe estar incluido en el formato de reclamación
- Copia simple de la Identificación Oficial vigente (INE, IFE, Licencia de conducir, Pasaporte, etc.)
- Copia certificada del Acta de Nacimiento del beneficiario.
- Copia certificada del Acta de Matrimonio en caso de ser el cónyuge.
- Copia simple del comprobante de domicilio actual del beneficiario.
- Copia simple del certificado de defunción.
- Original o copia certificada del Acta de defunción.

De acuerdo al Art. 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, **La Compañía** tiene el derecho de exigir de la Asegurada o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

6. Asistencia Protección Médica Mujer

De especificarse su contratación en la carátula de la Póliza, **La Compañía** se obliga a otorgar a la Asegurada los servicios de Asistencia Protección Médica Mujer, a través del **Prestador de Servicios**, que para tal efecto haya contratado **La Compañía**, quien coordinará y prestará lo que en adelante se pormenoriza, con base en las presentes condiciones. La duración de estos servicios corresponderá a la vigencia de la póliza emitida por **La Compañía**.

Para todos los efectos legales a que haya a lugar, **La Compañía** responderá frente a la Asegurada de todos los servicios de Asistencia Protección Médica Mujer realizados por el **Prestador de Servicios** y será **La Compañía** la responsable por la actuación del **Prestador de Servicios**.

6.1. Definiciones de la Asistencia

Asegurada

Se entenderá por ésta, aquella cuyo nombre se encuentre indicado en el Certificado del Seguro.

Beneficiario

Para los efectos de esta Asistencia, se entenderá como tal la persona que con dicho carácter aparezca consignada en la carátula de la póliza.

En el caso específico de Asistencia Funeraria, se considerará en primer lugar a la persona que con dicho carácter aparezca consignada en la carátula de la póliza, en segundo lugar, cualquier familiar o amistad de la Asegurada que requiera para la Asegurada los servicios de la Asistencia Protección Médica Mujer amparados en las presentes condiciones o que en su caso acredite haber efectuado el gasto.

Emergencia Médica

Es toda aquella situación de gravedad en donde se necesita una atención inmediata o bien donde la vida de la paciente corre riesgo inminente.

Evento

Percance donde fallece la Asegurada.

Prestador de Servicios

El **Prestador de Servicios** Vial Assist, S.A. de C.V. u otro proveedor de características similares seleccionado por Zurich Santander Seguros México, S.A.

Servicio

Cualquier servicio prestado por el **Prestador de Servicios** al amparo de las condiciones con el alcance que más adelante se detalla.

Servicios dentales de emergencia

Todo aquel procedimiento por el que se atiende un paciente que acude a consulta con un proceso agudo, generalmente doloroso y cuyo tratamiento no puede demorarse.

Servicio funerario

Coordinación de los servicios descritos en las presentes condiciones, derivados de la muerte de la Asegurada.

Territorialidad

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

6.2. Características de la Asistencia

Los servicios que comprende esta Asistencia son los siguientes:

6.2.1. Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento de la Asegurada, el **Prestador de Servicios** coordinará y prestará lo que adelante se pormenoriza, en atención a las necesidades específicas del Beneficiario y con base a las presentes condiciones, con obligación para cada Asegurada hasta el límite máximo de \$50,000.00 (Cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

En caso de solicitar los servicios de la Asistencia Funeraria por muerte de la Asegurada, el Beneficiario tendrá derecho a lo siguiente:

- **Coordinación de los servicios funerarios en el lugar de residencia.**
- **Asesoría sobre los trámites legales para la acreditación del fallecimiento ante la institución oficial.**
Por este servicio se brindará asesoría sobre los trámites legales que deben llevarse a cabo en el lugar donde se haya reportado o sucedido el fallecimiento.

- **Coordinación para el envío del médico que dará fe del fallecimiento.**
Por este servicio se coordinará el envío de un médico que dé fe del fallecimiento de la Asegurada cuando se trate de muerte natural en domicilio particular, quedando a consideración del médico la procedencia de la emisión del certificado. Los honorarios del médico enviado también serán cubiertos.
- **Traslado del cuerpo dentro de la ciudad en donde haya ocurrido su fallecimiento.**
Si se solicita el traslado del cuerpo de la Asegurada al lugar de velación se cotizará y pagará dicho traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- **Traslados del cuerpo de una ciudad a otra.**
Si se solicita el traslado del cuerpo de la Asegurada de la ciudad en donde ésta haya fallecido a una distinta, se cotizará y pagará por el traslado más la estadía del cuerpo en la Funeraria de la ciudad destino a la que se haga el traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- **Traslado del Cuerpo del lugar de velación al Crematorio o Panteón.**
Se gestionará, cotizará y pagará el traslado del cuerpo de la Asegurada al Crematorio o Panteón; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- **Servicios de Velación y Funeraria.**
Se pondrá a consideración del Beneficiario los paquetes de servicios funerarios que existan, elegido uno, se realizarán las gestiones a que haya lugar y pago de lo siguiente:
 - a) Ataúd Metálico o de Madera.
 - b) Urna para cenizas en el caso de cremación.
 - c) Arreglo estético del Cuerpo, maquillaje y vestimenta, debiendo la vestimenta ser proporcionada por el Beneficiario.
 - d) Capilla Ardiente para 40 personas en circulación.
 - e) Opción de servicio de velación en domicilio.
 - f) Organización para celebrar servicios religiosos de cuerpo presente.
 - g) Cremación o Inhumación a elección de los familiares
 - h) Honorarios por gestión y trámites para la cremación o inhumación.
 - i) Asesoría para la localización de nicho o fosa.
 - j) Embalsamamiento.
 - k) Permisos en caso de traslados.

La coordinación de los servicios se otorgará al Beneficiario en todos los Estados de la República Mexicana, las 24 (veinticuatro) horas, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, a través de un número telefónico sin costo para el Beneficiario.

El costo de la Asistencia Funeraria estará a cargo del **Prestador de Servicios**, hasta el límite máximo señalado en la Carátula de la Póliza.

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

REQUISITOS PARA PROPORCIONAR LA ASISTENCIA FUNERARIA.

En caso de ocurrir el fallecimiento de la Asegurada por el que se requieran de los servicios del **Prestador de Servicios**, se deberá realizar lo siguiente:

1. Dar aviso al **Prestador de Servicios** tan pronto como se tenga conocimiento del hecho antes de llevar a cabo los servicios funerarios, salvo caso de fuerza mayor o caso fortuito en que se deberá comunicar tan pronto desaparezca el impedimento.
2. Presentarse ante la autoridad competente para dar fe del fallecimiento de la Asegurada.
3. El servicio que proporciona el **Prestador de Servicios** se brindará siempre y cuando se encuentre vigente la póliza a la cual está asociado el presente certificado o en su caso, cuando la Asegurada indicada en la

carátula de póliza del seguro esté dado de alta en la base de datos de Zurich Santander Seguros México, S.A.

CAUSAS DE DEMORA PARA INICIAR LOS SERVICIOS

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

6.2.2. Asistencia Telefónica.

6.2.2.1. Médica

- Orientación Médica Telefónica: En toda la República Mexicana las 24 horas del día, cuando la Asegurada necesite asistencia médica, no considerada de emergencia, el equipo Médico del **Prestador de Servicios**, le aconsejará vía telefónica sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar. El Equipo Médico del **Prestador de Servicios** no emitirá un diagnóstico.
- Referencias con Médicos: A solicitud telefónica de la Asegurada, el **Prestador de Servicios** pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea por una visita personal de un médico o concertando una cita con un médico en un centro hospitalario que será pagado por la Asegurada. El **Prestador de Servicios** proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, el **Prestador de Servicios** hará lo posible por ayudar a la Asegurada a contactar con un médico u hospital, con la mayor celeridad. El **Prestador de Servicios** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dicho Médico o instituciones Médicas. El costo por los honorarios Médicos correrán a cuenta de la Asegurada.

Para hacer uso de dicho servicio, la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**.

Los anteriores servicios se proporcionarán sin límite de eventos.

6.2.2.2. Nutricional

- Orientación Nutricional Telefónica: Provista por nutriólogos altamente capacitados de Lunes a Viernes de 09:00 a 19:00 horas los 365 días del año y sin límite de eventos. Donde los especialistas le darán orientación a la Asegurada para llevar un estilo de vida saludable. Otorgando orientación acerca de hábitos alimenticios, combinación de nutrimentos y algunas dietas genéricas, en donde el cambio de conducta puede reducir el aporte innecesario de sustancias y prevenir enfermedades.
- Referencias con Nutriólogos: A solicitud telefónica de la Asegurada, el **Prestador de Servicios** pondrá los medios necesarios para la localización de Nutriólogos. El **Prestador de Servicios** proporcionará el servicio de referencia en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, el **Prestador de Servicios** hará lo posible por ayudar a la Asegurada a contactar con un Nutriólogo, con la mayor celeridad. El **Prestador de Servicios** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dicho profesionista. El costo por los honorarios del Nutriólogo correrán a cuenta de la Asegurada.

Para hacer uso de dicho servicio, la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**.

Los anteriores servicios se proporcionarán sin límite de eventos.

6.2.2.3. Psicológica y Tanatológica.

- Orientación Psicológica y Tanatológica Telefónica: El **Prestador de Servicios** proporcionará telefónicamente a través de profesionales en Psicología y Tanatología expertos en contención de crisis de Lunes a Sábado de 09:00 a 21:00 horas y Domingo de 09:00 a 15:00 horas los 365 días del año y sin

límite de eventos, la atención médica profesional a la Asegurada que sufre problemas relacionados con ansiedad, angustia, estrés y/o depresión y problemas de pareja.

- Referencias con Psicólogos y Tanatólogos. En caso de que el profesional que está atendiendo a la Asegurada telefónicamente, considere que se requiere canalizar el caso para su evaluación o seguimiento a un Psicólogo o Tanatólogo presencial lo hará del conocimiento de la Asegurada poniendo a su disposición la red de especialistas para continuar su atención. Lo anterior, sin ninguna responsabilidad para el **Prestador de Servicios**. El **Prestador de Servicios** proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, el **Prestador de Servicios** hará lo posible por ayudar a la Asegurada a contactar con un Psicólogo o Tanatólogo, con la mayor celeridad. El **Prestador de Servicios** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dicho profesionista. El costo por los honorarios del Psicólogo o Tanatólogo correrán a cuenta de la Asegurada.

Para hacer uso de dicho servicio, la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**.

Los anteriores servicios se proporcionarán sin límite de eventos.

6.2.2.4. Servicios de orientación para el control de costos de medicamentos.

El **Prestador de Servicios** proporcionará información telefónica actualizada sobre:

- Precios máximos al público sobre cuadros de medicamentos.
- Costos sobre los medicamentos de patente existentes y sus diferencias entre marcas.
- Sustancia activa o nombre comercial del medicamento.

De los medicamentos que son de patente vigente de los cuales no se tiene comparativo, el **Prestador de Servicios** sólo proporcionará el principio activo, el nombre del laboratorio y precio máximo público.

Bajo ninguna circunstancia el **Prestador de Servicios**, emitirá diagnósticos médicos, proporcionará información médica o emitirá alguna recomendación sobre el uso de medicamentos.

Para hacer uso del servicio, la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**.

Los anteriores servicios se proporcionarán sin límite de eventos.

6.2.3. Costos preferenciales en farmacias y laboratorios

El **Prestador de Servicios** pondrá a disposición de la Asegurada descuentos en laboratorios y farmacias. Este beneficio se brindará en las principales ciudades del país.

Dentro de los descuentos en laboratorios destacan exámenes de diagnóstico de cáncer en mujeres como son:

- Ultrasonido mamario
- Papanicolaou
- Colposcopia
- Mastografía

Para hacer uso de este beneficio, la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**, en donde le brindarán las indicaciones necesarias para la ubicación de farmacia y laboratorios en convenio, instrucciones para su atención y obtener el descuento.

Este servicio se proporcionará sin límite de eventos.

6.2.4. Traslado en ambulancia en caso de emergencia

En caso de Emergencia Médica el **Prestador de Servicios**, enviará sin costo al domicilio de la Asegurada una ambulancia terrestre así como los paramédicos necesarios para atender la Emergencia Médica. La

Asegurada será trasladado al centro hospitalario más cercano bajo condiciones necesarias de atención. Este servicio se prestará con un límite máximo de 1 evento por año, hasta \$1,500 (Un mil quinientos pesos 00/100 M.N.), por servicio.

Bajo ninguna circunstancia se brindará el servicio para consultas programadas.

6.2.5. Servicio dental

6.2.5.1. Servicio Dental sin costo para la Asegurada

El **Prestador de Servicios** a través de su red de prestadores ofrecerá los siguientes servicios dentales sin costo a la Asegurada:

- Un (1) servicio de Profilaxis sin costo al año.
- Dos (2) radiografías simples de diagnóstico sin costo al año.

Los servicios anteriores, se brindarán en horario de lunes a viernes de 10:00 a 20:00 horas previa cita llamando a los teléfonos proporcionados por el **Prestador de Servicios** para tal fin.

6.2.5.2. Referencias con dentistas en situaciones de emergencia:

A solicitud telefónica de la Asegurada, el **Prestador de Servicios** pondrá los medios necesarios para la localización. El **Prestador de Servicios** proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, el **Prestador de Servicios** hará lo posible por ayudar a la Asegurada a contactar con un Odontólogo, con la mayor celeridad. El **Prestador de Servicios** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dicho profesionista. El costo por los honorarios del Odontólogo correrán a cuenta de la Asegurada.

6.2.5.3. Servicios de Asistencia Dental con Costo preferenciales con uso ilimitado:

El **Prestador de Servicios** pondrá a disposición de la Asegurada precios tabulados en más de 160 procedimientos dentales con un descuento sobre precios de mercado.

La Asegurada deberá liquidar los costos derivados de los servicios al momento de recibirlos, los descuentos aplicarán siempre al momento de dar aviso al **Prestador de Servicios**.

Para hacer uso de los servicios dentales de emergencia la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**. Los anteriores servicios se proporcionarán sin límite de eventos.

6.2.6. Servicio de enfermera referenciado

Por este servicio, el **Prestador de Servicios** pondrá a disposición de la Asegurada información de enfermeras especializadas en el cuidado básico de pacientes en su domicilio. El **Prestador de Servicios** proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, el **Prestador de Servicios** hará lo posible por ayudar a la Asegurada a contactar con el servicio de enfermería, con la mayor celeridad. El **Prestador de Servicios** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dicho profesionista.

Para hacer uso de dicho servicio, la Asegurada deberá ponerse en contacto vía telefónica con el Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**. Los costos por la contratación de servicio de enfermera corren a cargo de la Asegurada.

Los anteriores servicios se proporcionarán sin límite de eventos.

6.2.7. De las obligaciones generales de la Asegurada para los servicios de asistencia.

La Asegurada tendrá las siguientes obligaciones:

a) Solicitud de Asistencia: En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, La Asegurada o Beneficiario deberá llamar por la línea telefónica exclusiva que para este fin, facilitando los datos siguientes:

1. El lugar donde se encuentra, número de teléfono donde el **Prestador de Servicios** podrá contactar con la Asegurada o Beneficiario dependiendo el tipo de asistencia solicitada o su representante, así como todos los datos que el operador de asistencia le solicite.
2. Su nombre, Número de póliza y vigencia.
3. Descripción detallada del problema que le aqueje y el tipo de ayuda que requiere.
4. Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin haber consultado al **Prestador de Servicios**.
5. Para poder llevar a cabo el servicio, la Asegurada o Beneficiario deberá entregar toda la documentación que para tal efecto le requiera el **Prestador de Servicios** y/o sus proveedores de servicio.

El número telefónico del Centro de Contacto del **Prestador de Servicios** para solicitar la asistencia es **5636 – 2711**.

b) Reclamaciones: Cualquier reclamación relativa a un servicio de asistencia deberá ser presentada dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha en que se brindó el servicio.

6.3. Exclusiones Particulares de la Asistencia Protección Médica Mujer

a) Cuando la Póliza, no se encuentre vigente o esté cancelada:

- **Para el caso de la asistencia funeraria, al momento de la ocurrencia del evento.**
- **En el caso de las otras asistencias, al momento de solicitar el servicio.**

b) Serán causal de suspensión temporal de los servicios ofrecidos en este documento, cuando sean derivación directa de: Huelgas, guerra, invasión, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causal de fuerza mayor, dentro de la República Mexicana.

c) Los niveles de servicio no aplican en caso de eventos meteorológicos de consideración por mencionar algunos, sin limitar: trombas, tormentas tropicales, huracanes, granizadas, inundaciones.

d) El Beneficiario no tendrá derecho a ser reembolsado por gastos de servicios solicitados sin la previa autorización del **Prestador de Servicios.**

e) Cuando la Asegurada o Beneficiario incumpla cuales quiera de las obligaciones indicadas en este documento.

f) Cuando la Asegurada o Beneficiario no proporcionen información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita brindarle los servicios de esta Asistencia.

- g) El **Prestador de Servicios** no será responsable de los retrasos o incumplimientos debido a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas del lugar en que deban prestarse los servicios.
- h) Cuando la Asegurada o Beneficiario no active los servicios contenidos en este documento a través del Centro de Contacto del **Prestador de Servicios**.

Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA)

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 4 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

Datos de la CONDUSEF

Av. Insurgentes Sur # 762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P.13100, 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

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

- Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- Ley sobre el Contrato del Seguro
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

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 10 de Enero de 2017, con el número CNSF-S0018-0039-2017, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0046-023 de fecha 30/05/2023 / CONDUSEF-000686-03.

PDDTEC01-F03 CNSF-S0018-0039-2017 10/01/17

¿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 10 de Enero de 2017, con el número CNSF-S0018-0039-2017, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0046-023 de fecha 30/05/2023 / CONDUSEF-000686-03.

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.

REGISTRO ESPECIAL

"ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS A LA LEY SOBRE CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DE RIESGO"

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

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

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de noviembre de 2021, con el número RESP-S0018-0036-2021 / CONDUSEF-G-01357-001.

CLÁUSULA GENERAL

AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

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

Si la prima no es pagada a las 12 horas del último día del período de gracia, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de mayo de 2023, con el número CGEN-S0018-0046-2023/CONDUSEF-G-01524-001.