



Estimado Cliente,

Agradecemos su confianza al haber contratado su Póliza de “**Accidentes Personales**” 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.	Condiciones Generales	1
1.1.	Contrato	1
1.2.	Vigencia	1
1.3.	Modificaciones y Comunicaciones	1
1.4.	Omissiones o Inexactas Declaraciones	1
1.5.	Cambio de Ocupación.....	1
1.6.	Incremento de la Suma Asegurada.....	1
1.7.	Edad	2
1.8.	Beneficiarios.....	2
1.9.	Moneda	2
1.10.	Primas	2
1.11.	Renovación Automática	3
1.12.	Liquidación	3
1.13.	Indemnización por mora.....	3
1.14.	Competencia	5
1.15.	Prescripción	5
1.16.	Terminación de Contrato.....	5
1.17.	Comisión a Intermediarios.....	5
1.18.	Entrega de Documentación Contractual	5
2.	Descripción de Coberturas.....	7
2.1.	Cobertura Básica – Muerte Accidental.....	7
2.1.1.	Definición de Accidente.....	7
2.1.2.	Indemnización	7
2.2.	Cobertura Adicional – Pérdidas Orgánicas	7
2.2.1.	Definición de Pérdida Orgánica	8
2.2.2.	Indemnización	8
2.2.3.	Cancelación	8
2.3.	Cobertura Adicional – Apoyo Familiar por Gastos de Defunción	8
2.3.1.	Condiciones que aplican únicamente a la cobertura de “Apoyo Familiar por Gastos de Defunción”	9
4.	En caso de Siniestro	12
	Datos de la CONDUSEF.....	13

Zurich Santander Seguros México, S.A., en adelante denominada **La Compañía**, cubre con esta póliza al Asegurado en caso de muerte accidental y pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada y/o el pago de beneficios contratados, conforme se señalan en la carátula de la misma, siempre y cuando el evento ocurra durante la vigencia de esta póliza y con sujeción a las condiciones generales y particulares que se establecen.

1. Condiciones Generales

1.1. Contrato

Esta póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen prueba del Contrato de Seguro.

1.2. Vigencia

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

1.3. Modificaciones y Comunicaciones

Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza; transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

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

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

El Agente ó cualquier otra persona no autorizada por **La Compañía**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado cualquier cambio de domicilio de sus oficinas en caso de que este llegare a ser distinto al que aparece en la póliza, para cualquier notificación que deba enviarle el Asegurado y para cualquier otro efecto legal.

1.4. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado 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 conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. 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, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

1.5. Cambio de Ocupación

En caso de cambio de ocupación, el Asegurado se obliga a dar aviso a **La Compañía**, la cual, si juzga aceptable el riesgo, fijará y notificará la prima correspondiente, teniendo el Asegurado la obligación de cubrir la misma dentro de los términos señalados en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si **La Compañía** no acepta continuar con el Contrato de Seguro derivado del cambio de ocupación lo comunicará por escrito al Asegurado, cesando los efectos de dicho contrato en los términos del Artículo 56 del ordenamiento legal antes citado.

1.6. Incremento de la Suma Asegurada

En cada aniversario de la póliza la suma asegurada se incrementará en la cantidad que resulte de aplicar a la suma asegurada alcanzada, el 10% (Diez por ciento), dicho incremento no aplica a la suma asegurada de la cobertura "Apoyo Familiar por Gastos de Defunción".

1.7. Edad

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro.

Los límites de admisión fijados por **La Compañía** son de 12 años como mínimo y 70 años como máximo.

La edad del Asegurado registrada en esta póliza debe comprobarse ante **La Compañía**, la cual extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Este requisito debe cumplirse antes de que **La Compañía** efectúe el pago de cualquier indemnización.

Si como consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, resultara que la edad real al momento de la contratación del seguro estuviera fuera de los límites de admisión establecidos por **La Compañía, el presente Contrato podrá ser rescindido por **La Compañía**, devolviendo al Asegurado o Beneficiario la reserva matemática constituida al momento de la rescisión.**

1.8. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a **La Compañía** indicando el nombre del nuevo beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **La Compañía** efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

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

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno de ellos, el porcentaje de la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación previa en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado, la misma regla se observará salvo estipulación en contrario; en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario(s) muera antes que el Asegurado.

1.9. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de **La Compañía**, se efectuarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

1.10. Primas

- El Asegurado podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, mediante pagos semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso pagará la tasa de financiamiento que se pacte.
- La primera prima vence en la fecha de celebración de la póliza y las subsecuentes vencerán al inicio de cada período de acuerdo con la forma de pago pactada y no estará sujeta a devolución en caso de solicitud de cancelación anticipada por parte del Asegurado.
- El Asegurado deberá pagar las primas convenidas en las oficinas de **La Compañía**, una vez efectuado el pago ésta expedirá el recibo correspondiente.
- El Asegurado tiene derecho a un período de 30 días, contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima, para efectuar el pago correspondiente.
- Los efectos del contrato cesarán automáticamente al término de dicho período, en caso de no haberse pagado la prima.

Sin perjuicio de lo anterior el Asegurado y **La Compañía**, podrán convenir el pago mediante cargos automáticos en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el primero.

Si por alguna razón imputable al Asegurado no pudiera realizarse el cargo de la prima, el Contrato cesará en sus efectos una vez transcurrido el período de espera de 30 días señalada anteriormente.

En el caso de que el Contratante y/o Asegurado no cuente con el recibo de primas previamente pagado, el estado de cuenta donde aparezca el cargo de la póliza respectiva quedará como prueba suficiente del pago de primas.

Esta cláusula será aplicable cuando el pago de primas se realice mediante instrumento bancario o financiero.

1.11. Renovación Automática

La Compañía garantizará la renovación de la póliza y ésta se realizará de manera automática por uno o más plazos de seguro iguales al originalmente pactado, siempre y cuando la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de renovación no exceda de 70 años y la prima de tarifa para los plazos subsecuentes será la que se encuentre vigente a la fecha de renovación de la póliza.

La renovación se efectuará en forma automática salvo que el Asegurado comunique por escrito a **La Compañía** su deseo de no renovarla, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor a 30 días a la fecha de vencimiento de la póliza.

La renovación se realizará aplicando las tarifas vigentes a la fecha de renovación; el pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

1.12. Liquidación

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas en un plazo no mayor a 30 días naturales a partir de que se reciban 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.

De la liquidación correspondiente se descontarán las primas vencidas no pagadas.

1.13. Indemnización por mora

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

Si **La Compañía** no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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 Compañía** 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 Compañía** 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 Compañía**, 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.

1.14. Competencia

Si para los casos previstos en Arbitraje Médico, el reclamante no opta por el arbitraje previsto en la misma, así como para cualquier otro no contemplado en tal cláusula, podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en caso a partir de la negativa de **La Compañía** a satisfacer pretensiones del reclamante.

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

1.15. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en 2 años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, 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.

1.16. Terminación de Contrato

Este Contrato dejará de estar en vigor al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
- b) Mediante petición por escrito del Asegurado y/o Contratante para dar por terminado el contrato de seguro.
- c) Por falta de pago como se menciona en la "Cláusula de Primas".
- d) Por fallecimiento del Asegurado.

1.17. Comisión a Intermediarios

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

1.18. 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 a través de alguno de los siguientes medios:

- a) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, **La Compañía** proporcionará la documentación contractual al Contratante del seguro, a través de los siguientes medios:
1. Físicamente en el momento de la contratación; y/o
 2. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o
 3. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación del seguro; y/o
 4. A través del portal de Internet, o cualquier otro medio que **La Compañía** establezca e informe al Asegurado o Contratante.

- b) Cuando la contratación del seguro sea realizada vía telefónica, Internet o por cualquier otro medio electrónico, el Asegurado o Contratante están de acuerdo que **La Compañía** 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.

- c) En caso de que por cualquier motivo, el Contratante no reciba su documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro o requiera un duplicado de su póliza, deberá llamar al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 51694300 en el DF o al 018005010000 lada sin costo desde el interior del país.
- d) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 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.
- e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 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.
- f) El Contratante y/o Asegurado 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.
- g) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la modificación de los datos que considere conveniente a través de un endoso, el cual deberá tramitarse a través de una sucursal bancaria o bien, vía correo electrónico a la cuenta de segurosteatiende@santander.com.mx. El Contratante y/o Asegurado 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.

- h) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación, en caso de que el Asegurado 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.
- i) 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. Descripción de Coberturas

2.1. Cobertura Básica – Muerte Accidental

Si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente ocurrido durante el período de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, **La Compañía** pagará la suma asegurada en vigor de esta cobertura.

2.1.1. Definición de Accidente

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente la acción externa súbita, violenta y fortuita que origine la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera accidente a la lesión corporal o muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2.1.2. Indemnización

La indemnización en caso de fallecimiento se efectuará a los beneficiarios designados.

2.2. Cobertura Adicional – Pérdidas Orgánicas

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

Si el Asegurado sufre pérdidas orgánicas como consecuencia de un accidente ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, **La Compañía** pagará la proporción que corresponde de la suma asegurada alcanzada para este beneficio.

Tabla de Indemnizaciones (Escala "A")

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

2.2.1. Definición de Pérdida Orgánica

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista de ese ojo.

No se considera accidente a la lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

2.2.2. Indemnización

- La indemnización en caso de Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado.
- Al tramitar alguna reclamación relacionada con esta cobertura, **La Compañía** tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.
- La responsabilidad de **La Compañía**, en ningún caso excederá de la suma asegurada alcanzada de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

2.2.3. Cancelación

Esta cobertura se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en el que el asegurado cumpla la edad de 70 años.

2.3. Cobertura Adicional – Apoyo Familiar por Gastos de Defunción

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

En caso de fallecimiento del Asegurado **La Compañía** coordinará, prestará y pagará lo que adelante se pormenoriza, en atención a las necesidades específicas del Beneficiario, en base a las presentes condiciones, con obligación hasta el límite máximo señalado como Suma Asegurada en la carátula de la póliza y a través de los gestores de **La Compañía**.

Esta cobertura no ampara durante los primeros dos años de vigencia interrumpida de la póliza las enfermedades siguientes:

- **Enfermedades Terminales:** Entendiéndose como la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y como la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. De forma enunciativa pero no limitativa se indican las siguientes enfermedades como terminales: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Cáncer (Tumores malignos de cualquier tipo) y Neumonía Atípica.

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

- a) **Coordinación de los Servicios Funerarios en el lugar de residencia, coordinación de traslado y servicios en viaje por la República Mexicana.**
- b) **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.
- c) **Coordinación para el envío del médico que dará fe del fallecimiento:** Por este servicio se coordinará el envío de un médico que de fe del fallecimiento del titular 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.
- d) **Traslado del cuerpo del Asegurado dentro de la Ciudad en donde haya ocurrido su fallecimiento:** Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado al lugar de velación se cotizará y pagará dicho traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.

- e) **Traslado del cuerpo del Asegurado de una ciudad a otra:** Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado de la ciudad en donde éste haya fallecido a una distinta, se cotizará y pagará por el traslado más la estadía del cuerpo en la funeraria de la ciudad destino a la que se haga el traslado; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.
- f) **Servicios de Velación y Funeraria:** Se pondrá a consideración del Beneficiario los paquetes de servicios funerarios que existan, elegido uno, se realizarán las gestiones a que haya lugar y pago de lo siguiente:
- Ataúd Metálico o de madera;
 - Urna para Cenizas en el caso de cremación;
 - Arreglo estético del Cuerpo, maquillaje y vestimenta, debiendo la vestimenta ser proporcionada por el Beneficiario;
 - Capilla Ardiente para 40 personas en circulación;
 - Opción del servicio de velación en domicilio;
 - Organización para celebrar servicios religiosos de cuerpo presente;
 - Cremación o Inhumación a elección de los familiares;
 - Honorarios por gestoría y trámites para la cremación o inhumación;
 - Asesoría para la localización de nicho o fosa;
 - Embalsamamiento;
 - Permisos en casos de traslados.
- g) **Traslado del Cuerpo del lugar de velación al Crematorio o Panteón:** Se gestionará, cotizará y pagará el traslado del cuerpo del asegurado al crematorio o Panteón; así mismo, se gestionarán y pagarán los permisos correspondientes.

2.3.1. Condiciones que aplican únicamente a la cobertura de “Apoyo Familiar por Gastos de Defunción”

1. Asegurado

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

2. Beneficiario

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

3. Enfermedad Preexistente

Enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza) y que:

- Fueron diagnosticadas por un médico y/o
- Fueron aparentes a la vista y/o
- Fueron de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas y/o
- Aquellas por las que se hayan erogado gastos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para cada Asegurado

4. Signo

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

5. Síntoma

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

6. Perito Médico

Médico Especialista certificado por el consejo correspondiente o alguna autoridad o cualquier persona física, moral o institución que **La Compañía** de Seguros considere competente para realizar esta actividad.

7. Territorialidad

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

8. Características del servicio

La coordinación de todos los servicios será en todos los estados Unidos Mexicanos, las 24 (veinticuatro) horas, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, a través de un número telefónico sin costo para el Beneficiario.

Cualquier servicio que exceda en costo al límite establecido en la carátula de la póliza será por cuenta del Beneficiario, previo presupuesto o cotización del prestador de servicio, firmado por ambos. De no aceptarse el presupuesto o cotización, el servicio se prestara hasta agotar el límite máximo de responsabilidad establecido como Suma Asegurada de ésta cobertura en la carátula de la póliza.

9. Reembolso

En caso que el Beneficiario por ignorancia o por situaciones especiales no haya hecho uso de esta cobertura, **La Compañía** le reembolsará las cantidades que haya erogado por conceptos similares a los contemplados en esta cobertura, con límite en el importe de la suma asegurada; también **La Compañía** reembolsará al Beneficiario las erogaciones que haya hecho cuando utilice prestadores de servicios funerarios con los que no se tenga convenio. Es derecho de **La Compañía** verificar con el emisor de los comprobantes de servicios funerarios la emisión de los mismos así como la efectiva prestación de los servicios que dichos documentos señalen.

10. Arbitraje Médico

En caso de que **La Compañía** de Seguros rechace una reclamación considerando que la enfermedad es preexistente, el beneficiario podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el beneficiario y **La Compañía** de Seguros, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto a 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 las partes, hará el nombramiento del perito.

La Compañía de Seguros acepta que si el Beneficiario acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al 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, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Beneficiario y en caso de existir será liquidado por **La Compañía** de Seguros.

2.3.1 Exclusiones o gastos no cubiertos en caso de fallecimiento por enfermedad (Aplican únicamente a la cobertura de “Apoyo Familiar por Gastos de Defunción”)

- **Esta cobertura no ampara los gastos funerarios, cuando el fallecimiento sea a consecuencia de Enfermedades Preexistentes; sin que sea limitativo se incluye como enfermedades preexistentes las siguientes: Neurofibromatosis, Neurocisticercosis, Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento así como Neoplasias del sistema nervioso central y Neuropatía periférica.**

A fin de determinar cuándo una enfermedad es aparente a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- a. Que un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo a la celebración del Contrato de Seguro, o
- b. Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico así lo determine.

Procedimiento a aplicar para determinar que una enfermedad es Preexistente y que es la causa del fallecimiento del Asegurado:

Se tomará como criterio para considerar que una enfermedad es Preexistente el certificado de defunción, en base a la siguiente:

- Se establecen en el punto 16 Parte I del formato del certificado de defunción, o su equivalente, las causas del fallecimiento como sigue:
 - a. Determinar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente, anexando el intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.
 - b. Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, anexando el intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad o antecedentes y la muerte.
 - c. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental que originó el fallecimiento, si existiera dentro del historial médico del Asegurado, anexando el intervalo de tiempo entre el comienzo de la causa básica y la muerte.
- **La Compañía** sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistentes cuando cuente con las pruebas que se señalen 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 comprueben 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 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 el Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el 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.
- A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes, como parte del proceso de suscripción, siempre que lo decida **La Compañía** podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.
- Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen médico que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el examen médico.
- En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de la enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes del inicio de vigencia de la póliza, queda a consideración de **La Compañía** la suscripción o no declarado.

3. Exclusiones (Aplica a todas las coberturas)

Estas coberturas no amparan:

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

- **Servicio militar, actos de guerra, revolución, insurrección o actos de terrorismo.**
- **Riña siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador.**

- Alborotos populares
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, cualquier tipo de deporte aéreo y en general la práctica profesional de cualquier deporte.
- b) Accidentes que ocurran al Asegurado al viajar en taxis aéreos, helicópteros, o cualquier aeronave que no esté sujeta a itinerarios regulares;
- c) Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de un avión, excepto cuando viajare como pasajero en uno de compañía comercial debidamente autorizada que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.
- d) Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales, cuando él sea el provocador.
- e) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
- f) Muerte o lesiones resultantes por culpa directa del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico, o bajo influencia de drogas o estimulantes no prescritos por un médico.
- g) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión síquica nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- h) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- i) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- k) Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- l) Accidentes que ocurran al Asegurado por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, ya sea como piloto o como acompañante.
- m) Inhalación de gases o humo, salvo que sea consecuencia de un accidente; o
- n) Muerte que se manifieste posteriormente al día 90 después de ocurrido el accidente.

4. 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:

Para la cobertura de Muerte Accidental.

- Original Formato Aseg-067, llenado y firmado.
- Copia simple de la Identificación Oficial del Asegurado.
- Original o copia certificada del Acta de Defunción.
- Copia Simple del Certificado de Defunción, expedido por la Secretaría de Salud.
- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del Asegurado.
- Copia simple de la Identificación Oficial del beneficiario.

- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del Beneficiario.
- En caso de que el Beneficiario sea el esposo(a), Original o copia certificada del Acta de Matrimonio.
- Copia simple del comprobante de domicilio actual del Beneficiario.
- Copias certificadas de las Actuaciones del Ministerio Público completas.

Para la Cobertura de Pérdidas Orgánicas.

- Carta Original de la reclamación firmada por el Asegurado (narración del accidente).
- Copia simple de la Identificación Oficial del Asegurado.
- Copia simple del comprobante de domicilio de Asegurado.
- Constancia médica a través de la cual indique la pérdida orgánica, (Historia Clínica, Radiografías, Traslado de ambulancia al hospital, Nota de ingreso a urgencias, Notas de evolución), si fue un hecho de tránsito; las Actuaciones Ministeriales.

Datos de la CONDUSEF

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

Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA)

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 3 Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, CD. México
Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708

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

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.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>
- Ley sobre el Contrato del Seguro
<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
<http://www.gob.mx/condusef/documentos/marco-legal-26548?idiom=es2>

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 18 de enero de 2016, con el número CNSF-S0018-0073-2016, CGEN-S0018-0178-2016 de fecha 11/11/2016, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0031-2023 de fecha 03/04/2023 / CONDUSEF-000794-03.

¿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 18 de enero de 2016, con el número CNSF-S0018-0073-2016, CGEN-S0018-0178-2016 de fecha 11/11/2016, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0031-2023 de fecha 03/04/2023 / CONDUSEF-000794-03.

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 el Distrito Federal y Área Metropolitana el 5169 4300 y del Interior de la República el 01800 50 100 00 opción 2 de Seguros.

Adicionalmente, puede acudir a nuestra Unidad Especializada para la Atención al Usuario, ubicada en Av. Juan Salvador Agraz No. 73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, D.F., 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 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-000794-03.

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-000794-03.

CLAUSULA GENERAL

AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de abril de 2023, con el número CGEN-S0018-0031-2023/CONDUSEF-G-01518-001.