



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

Estimado Cliente,

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

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

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

Si tiene alguna duda o requiere información adicional, nuestros especialistas tendrán el gusto de atenderle y asesorarle en el teléfono 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior del País.

Atentamente,

Zurich Santander Seguros México, S. A.

INDICE

1.	Cláusulas Generales	3
1.1.	Zurich Santander Seguros México, S. A.	3
1.2.	Contrato	3
1.3.	Contratante	3
1.4.	Vigencia	3
1.5.	Carencia de Restricciones	3
1.6.	Edad	3
1.7.	Primas	4
1.8.	Derecho a conocer la comisión	4
1.9.	Moneda	4
1.10.	Modificaciones.	4
1.11.	Comunicaciones	5
1.12.	Renovación automática	5
1.13.	Conversión	6
1.14.	Beneficiarios	6
1.15.	Omisiones o declaraciones inexactas	7
1.16.	Conocimiento del siniestro.....	7
1.17.	Pago de la Suma Asegurada	7
1.18.	Liquidación	7
1.19.	Indisputabilidad	7
1.20.	Suicidio	8
1.21.	Terminación Anticipada del Contrato.....	8
1.22.	Interés Moratorio	8
1.23.	Competencia	9
1.24.	Prescripción	9
1.25.	Agravación del Riesgo	9
1.26.	Carencia de Restricciones.	10
1.27.	Entrega de Documentación Contractual.....	11
1.28.	Valores Garantizados.....	12
2.	Definiciones.....	12
3.	Descripción de coberturas	13
3.1.	Cobertura Básica Fallecimiento	13
3.2.	¿Qué hacer en caso de siniestro?	13
4.	Servicios de Asistencia:.....	13
4.1.	Asistencia Funeraria	13
4.1.1.	Definiciones	13
4.1.2.	Características del Servicio.	14
4.1.3.	Reembolso	15
4.1.4.	Requisitos para proporcionar la Asistencia Funeraria	15
4.1.5.	Causas de demora para iniciar los servicios	15
4.2.	¿Qué hacer en caso de requerir la Asistencia Funeraria?	15

1. Cláusulas Generales

1.1. Zurich Santander Seguros México, S. A.

Es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que mediante la contraprestación del pago de la prima, asume la obligación de indemnizar los daños ocasionados por los riesgos amparados en la carátula de la Póliza con sujeción a las presentes Condiciones Generales y hasta los límites Asegurados, denominada de aquí en adelante como **La Compañía**.

1.2. Contrato

La solicitud, la póliza de seguro, las Condiciones Generales, cláusulas adicionales y los endosos, forman y constituyen prueba del Contrato.

1.3. Contratante

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

El Contratante y el Asegurado pueden ser la misma persona.

1.4. 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.

1.5. Carencia de Restricciones

Este Contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación siempre que ésta sea lícita, viajes y género de vida del Asegurado.

1.6. Edad

Se considera como edad real del Asegurado, su edad cumplida en la fecha de inicio de vigencia o de renovación del seguro.

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

Los límites de edad de admisión fijados por **La Compañía** son de 18 años como mínimo y 70 años cumplidos como máximo.

La edad máxima de renovación es de 70 años cumplidos.

Si encontrándose en vida el Asegurado se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por **La Compañía** se procederá en la forma siguiente:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Suma Asegurada se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a su edad real, la suma asegurada no se modificará y **La Compañía** reembolsará la diferencia entre la proporción del riesgo no corrido de la prima pagada y la proporción del riesgo no corrido de la prima que debió haber pagado, en la fecha de celebración del contrato.

La proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha en que se compruebe que la edad declarada fue incorrecta sobre la prima de riesgo del seguro.

Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del Contrato.

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

Para los cálculos que se derivan de la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Si a la expedición de esta póliza la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por **La Compañía**, el Contrato quedará rescindido y **La Compañía** devolverá la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

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

1.7. Primas

- El pago de primas se inicia en la fecha de celebración del Contrato
- La prima vence en la fecha de celebración del Contrato y se pagará con la periodicidad convenida en la Carátula de Póliza
- El Contratante tiene derecho a un período de 30 días, contados 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.
- El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas convenidas en las oficinas de **La Compañía**, para lo cual ésta expedirá el recibo correspondiente.

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

El párrafo anterior será aplicable cuando el pago de primas se realice mediante instrumento bancario o financiero.

1.8. Derecho a conocer la comisión

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

1.9. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante o de **La Compañía**, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

1.10. Modificaciones

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

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

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 en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

1.11. Comunicaciones

Toda declaración o comunicación por parte de **La Compañía**, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

Toda declaración o comunicación por parte del Contratante, Asegurado o sus beneficiarios deberá enviarse por escrito al domicilio de **La Compañía**.

El Contratante y/o Asegurado deberá informar a **La Compañía** su cambio de domicilio o residencia que ocurra durante la vigencia de la póliza, así como cualquier dato de contacto como el correo electrónico y/o número celular.

Si **La Compañía** cambia de domicilio lo comunicará al Contratante, Asegurado, o a sus beneficiarios. Los requerimientos y comunicaciones que **La Compañía** deba hacer al Contratante, Asegurado, o a sus beneficiarios, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca **La Compañía**.

1.12. Renovación automática

La Compañía renovará de forma automática la póliza una o más veces con los siguientes términos y condiciones:

- a) Se realizara por plazos de un año.
- b) Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- c) La Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento se incrementará en la cantidad que resulte de aplicar a la suma asegurada alcanzada el porcentaje de incremento estipulado en la Carátula de la Póliza.
- d) La Suma Asegurada de la Asistencia Funeraria se mantendrá sin cambios.
- e) La prima de renovación del seguro se calculará considerando la fecha de inicio de vigencia de la renovación:
 - i) La edad alcanzada por el Asegurado.
 - ii) Las tarifas de seguro que se encuentren vigentes.
 - iii) La Suma Asegurada alcanzada.
- f) La forma de pago de la prima de renovación será anual.
- g) La renovación automática se realizará excepto cuando:
 - i) La edad alcanzada por el Asegurado, a la fecha de inicio de vigencia de la renovación, sea mayor o igual a 71 años cumplidos. La edad máxima de renovación no podrá modificarse al momento de la renovación en perjuicio del Asegurado.
 - ii) El Asegurado comunique por escrito a **La Compañía** su deseo de no renovar, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor a 30 días a la fecha de vencimiento del periodo de seguro en curso.
 - iii) **La Compañía** comunique por escrito al Asegurado su deseo de no renovar, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor a 30 días a la fecha de vencimiento del periodo de seguro en curso.

El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

1.13. Conversión

En cada aniversario de la póliza, **La Compañía** otorga al Asegurado el derecho a convertir la póliza contratada a otra con coberturas que previamente sean aprobadas por **La Compañía** como elegibles para efectuar dicha conversión, sin requerirse la presentación de pruebas de asegurabilidad.

Condiciones de conversión:

- Que el Asegurado la solicite a **La Compañía** por escrito con 30 días de anticipación al aniversario de la póliza en que se desee la conversión.
- Que la edad alcanzada por el Asegurado a la fecha de conversión no sea superior a la edad máxima de renovación
- Que las sumas aseguradas de las nuevas coberturas no excedan de la que se encuentre en vigor.
- Las primas para las nuevas coberturas se calcularán de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de conversión.
- La fecha de inicio de vigencia de las nuevas coberturas será la correspondiente al aniversario del seguro en que se efectúe la conversión.

1.14. Beneficiarios

Advertencia:

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

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 y datos 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 designado muera antes que el Asegurado.

1.15. Omisiones o declaraciones inexactas

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a **La Compañía** 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 declaración inexacta de tales hechos facultará a **La Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

1.16. Conocimiento del siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia 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 el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o 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, el Asegurado 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 del Asegurado 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.

1.17. Pago de la Suma Asegurada

El pago de la suma asegurada estará sujeto a lo previsto en este Contrato, en la Ley sobre el Contrato de Seguro y a que el o los Beneficiarios o sus representantes cumplan con lo siguiente:

- i) Requisiten debidamente los formatos que serán proporcionados por **La Compañía**;
- ii) Entreguen toda la información que sobre los hechos relacionados con el siniestro, **La Compañía** les exija, siempre y cuando dicha información sirva para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de **La Compañía** quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, 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 solicitada.

Las reclamaciones que resulten procedentes deberán ser pagadas por **La Compañía** en un plazo no mayor a treinta días naturales después de la fecha en que ésta haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que realicen el o los Beneficiarios o sus representantes.

1.18. Liquidación

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas en un plazo no mayor a 30 días naturales después de la fecha en que ésta haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que realicen el o los Beneficiarios o sus representantes.

1.19. Indisputabilidad

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido 2 años a partir de la fecha de su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado y al efecto **La Compañía** renuncia al derecho que le confiere la Ley para rescindir el Contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado al formular la solicitud de seguro, de su rehabilitación o en su caso, en el examen médico.

1.20. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, La Compañía únicamente pagará la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

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

1.21. Terminación Anticipada del Contrato

Las partes convienen expresamente que este Contrato podrá darse por terminado en los siguientes casos:

1. Solicitud de cancelación por parte del Asegurado

El Contrato se considerará terminado anticipadamente a partir de la fecha en que La Compañía sea enterada por escrito de la solicitud de cancelación considerando lo siguiente:

- a) La Compañía tendrá derecho a la prima que corresponda al periodo transcurrido y deberá devolver al Asegurado la prima de tarifa (sin incluir derechos de Póliza) no devengada, siendo este monto el único Valor Garantizado, el detalle del cálculo se define en la sección "Valores Garantizados". La devolución que proceda efectuar La Compañía al Asegurado, se realizará a través del mismo medio en que fue pagada la prima y dentro de un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes a la solicitud.
- b) En caso de Siniestro procedente durante la vigencia del seguro, La Compañía no devolverá prima alguna.

1.22. Interés Moratorio

Si La Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I) Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo. Además, La Compañía pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II) Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación La Compañía estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando el monto de la propia obligación, el resultado que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III) En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de éste artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV) En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V) Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por **La Compañía** sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VI) Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aún cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.

1.23. Competencia

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

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

1.24. Prescripción

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

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

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

1.25. Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **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.

1.26. 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 **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.

Al final de las Condiciones Generales se están incluyendo las ligas para la consulta de los preceptos legales

1.27. Entrega de Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en póliza, 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 al Asegurado 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 55 51694300 en la Ciudad de México e 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, el Asegurado 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 55 51694300 en la CDMX e Interior del País indicando el número de póliza en donde se le asignará un número de folio, 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 55 51694300 en la Ciudad de México e Interior del País o acudiendo a una sucursal bancaria.
- e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, el Asegurado 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. El Asegurado 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 55 51694300 en la Ciudad de México e 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 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.
- 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**.

1.28. Valores Garantizados.

El único Valor Garantizado que otorga el producto Vida Multianual, es el monto correspondiente a la prima neta pagada no devengada, es decir, al monto del riesgo no corrido por **La Compañía**. La proporción del riesgo no corrido es igual a la reserva matemática definida para el producto. El monto de esta proporción será calculado como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras sobre la prima del seguro sin considerar el gasto de adquisición, calculado a partir de la fecha de cancelación de la póliza.

A consecuencia de ser este el único Valor Garantizado, **La Compañía** no emitirá una tabla de desglose de valores. El Asegurado podrá obtener este monto mediante el procedimiento establecido a continuación.

1.26.1. Procedimiento para solicitar el monto de valor garantizado

Para obtener el monto de Valor Garantizado, usted deberá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 51694300 en la CDMX e Interior del País indicando el número de póliza, en donde se le asignará un número de folio a efecto de aplicar la correspondiente cancelación, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación. Una vez cancelada la Póliza, el pago del Valor Garantizado que proceda a efectuar **La Compañía** al Asegurado, se realizará a través del mismo medio en que fue pagada la prima y dentro de un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes a la solicitud.

2. Definiciones

- 1. **Asegurado.**– Es la persona física expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.
- 2. **Beneficiario.**– Persona física y/o moral designada en la Póliza por el Asegurado, como titular de los derechos indemnizatorios.
- 3. **Carátula de la Póliza.**– Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.
- 4. **Condiciones generales.**– Es el conjunto de principios básicos que establece **La Compañía** de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.
- 5. **Contrato de Seguro.**– Acuerdo de voluntades por virtud del cual **La Compañía** se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato.

La Póliza, la solicitud, las Condiciones Generales y las particulares forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y/o Asegurado y **La Compañía**.

6. **Detalle de coberturas.**– Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de **La Compañía** y del Asegurado.
7. **Edad alcanzada.**– Se entenderá por edad alcanzada, la edad cumplida del asegurado en la fecha de inicio de vigencia de la emisión o renovación del seguro.
8. **Póliza.**– Documento emitido por **La Compañía** en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.
9. **Prescripción.**– Pérdida o extinción de derechos y/o acciones por el transcurso del tiempo.
10. **Prima.**– Es la contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

3. Descripción de coberturas

3.1. Cobertura Básica Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la cobertura, **La Compañía** pagará la Suma Asegurada, contratada y establecida en la carátula de la Póliza, a los Beneficiarios designados por el Asegurado. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para **La Compañía**.

3.2. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

En caso de Reclamación nos encontramos a sus órdenes en el teléfonos: 55 51694300 en la Ciudad de México e Interior del País.

Documentación en caso de Siniestro Fallecimiento

- Acta de Defunción del Asegurado original o copia certificada.
- Certificado de Defunción del Asegurado en copia simple.
- Identificación Oficial del Asegurado en copia simple.
- Actuaciones del Ministerio Público (en caso de Fallecimiento Accidental) en copias certificadas.
- Identificación Oficial vigente de la Persona Reclamante en copia simple.
- Comprobante de domicilio actual de la Persona Reclamante en copia simple.
- Formato de reclamación proporcionado por **La Compañía**.
- Acta de nacimiento del Asegurado original o en copia certificada.

4. Servicios de Asistencia:

4.1. Asistencia Funeraria

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

4.1.1. Definiciones

Proveedor de Servicios: Beneficia.

Asegurado: Se entenderá por éste, aquel cuyo nombre se encuentre indicado en la carátula de la póliza.

Adicionalmente se entenderá como Asegurado a los familiares directos del Asegurado como sigue;

- a) Padre y madre del Asegurado menores a 65 años al momento de la contratación de la póliza.
- b) Cónyuge o concubina del Asegurado.
- c) Hijos solteros menores a 25 años.

Beneficiario: Para los efectos de esta asistencia, en primer término, se entenderá como cualquier familiar o amistad del Asegurado que requiera para éste los servicios derivados del seguro o que en su caso acredite haber efectuado el gasto.

Evento: Percance donde fallecen uno o más Asegurados.

Duración de los servicios.- La duración de los servicios de asistencia será por el período de vigencia de la póliza de seguro.

4.1.2. Características del Servicio

La coordinación de los servicios de Asistencia se otorgarán al Beneficiario, en todo el Territorio Nacional, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año y las 24 (veinticuatro) horas del día, a través de un número telefónico sin costo.

Para esta asistencia el límite máximo de responsabilidad establecido será el señalado en la carátula de póliza por servicio.

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

Los servicios de asistencia serán prestados por Beneficia o por otro proveedor de características similares seleccionado por **La Compañía** siempre que la Póliza de Seguro esté en vigor al momento del siniestro, no obstante que **La Compañía** será siempre responsable de la prestación del servicio.

Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del(os) Asegurado(s), el Proveedor coordinará, prestará y pagará lo que adelante se pormenoriza, en atención a las necesidades específicas del Beneficiario y con base en las presentes condiciones, con obligación para cada Asegurado hasta el límite máximo de responsabilidad indicado por servicio, cubriendo hasta dos servicios funerarios por año.

En caso de muerte accidental donde fallecieran dos o más Asegurados en el mismo evento, el Proveedor coordinará, prestará y pagará los servicios funerarios hasta el límite máximo de responsabilidad señalado por cada uno de los asegurados.

En caso de solicitar los servicios por muerte del(os) Asegurado(s), el Beneficiario tendrá derecho a lo siguiente:

1. **Coordinación de los servicios funerarios en el lugar de residencia.**
2. **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.
3. **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 del Asegurado 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.

4. **Traslado del cuerpo dentro de la Ciudad en donde haya ocurrido su fallecimiento.** Si se solicita el traslado del cuerpo del(os) Asegurado(s) al lugar de velación se cotizará y pagará dicho traslado; así mismo, se gestionará y pagarán los permisos correspondientes.
5. **Traslado del cuerpo de una ciudad a otra.** Si se solicita el traslado del cuerpo del Asegurado de la ciudad en donde éste haya fallecido a una distancia, 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.
6. **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.
7. **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 gestoría y trámites para la cremación o inhumación.
 - i) Asesoría para la localización de nicho o fosa.
 - j) Embalsamamiento.
 - k) Permisos en caso de traslados.

4.1.3. Reembolso

En caso de que el Beneficiario por ignorancia o por situaciones especiales no haya hecho uso de esta asistencia, el Proveedor le reembolsará las cantidades que haya erogado por conceptos similares a los contemplados en esta cobertura, con tope en el límite máximo de responsabilidad establecido, con base en las condiciones de la presente asistencia; también el Proveedor reembolsará al Beneficiario las erogaciones que haya hecho cuando utilice prestadores de servicios funerarios con los que no se tenga convenio. Es derecho del Proveedor 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.

4.1.4. Requisitos para proporcionar la Asistencia Funeraria.

En caso de ocurrir el fallecimiento del(os) Asegurado(s) por el que se requieran de los servicios del Proveedor, se deberá realizar lo siguiente:

1. Dar aviso al Proveedor 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 del(os) Asegurado(s).
3. El servicio que proporciona el Proveedor se brindará siempre y cuando se encuentre vigente la póliza de seguro

4.1.5. 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.)

4.2. ¿Qué hacer en caso de requerir la Asistencia Funeraria?

El Beneficiario tendrá las siguientes obligaciones:

- a) **Solicitud de Asistencia.**- En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar

cualquier acción, el Beneficiario debe llamar al Proveedor al 5636 24 02 facilitando los siguientes datos:

1. El lugar donde se encuentra, número de teléfono donde se puede contactar a Beneficiario y todos los datos que el operador le solicite.
2. Nombre, número de póliza, vigencia.
3. Indicar el servicio que requiere.
4. Abstenerse de hacer arreglos o gastos sin haber consultado al Proveedor.

b) Reclamaciones.- Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales de la fecha en que se produzca.

Datos de la CONDUSEF

Av. Insurgentes Sur # 762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P.03100, México, CDMX. [Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx),
Página web: [http:// www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx), Teléfonos: 800 999 8080 o 5340 0999

Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Servicios Financieros (UEA)

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

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 puede consultarlos a través de las páginas de 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 05 de agosto de 2015 con el número CNSF-S0018-0309-2015, RESP-S0018-0204-2016 de fecha 20/06/2016 y RESP-S0018-0033-2021 de fecha 28/10/2021 / CONDUSEF-000765-06.

Contenido

1. Definiciones	3
2. Especificaciones del Beneficio Adicional.....	4
3. Exclusiones	5
4. Terminación Anticipada.....	5
5. Vigencia	5
6. Renovación	5
7. Incremento de suma asegurada	5
8. Pago de Indemnizaciones o Suma Asegurada.....	5

Zurich Santander Seguros México S.A.

Es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que mediante la contraprestación del pago de la prima, asume la obligación de indemnizar los daños ocasionados por los riesgos amparados en el presente beneficio adicional con sujeción a las Condiciones Particulares y hasta los límites Asegurados, denominada de aquí en adelante como La Compañía.

1. Definiciones

Asegurado

Persona física, titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden, en su caso, los derechos y obligaciones derivados del contrato.

Contratante

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

El Contratante y el Asegurado pueden ser la misma persona.

Edad

Se considera como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro. La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante La Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por La Compañía son de 18 años como mínimo y 64 años cumplidos como máximo.

Evento

Es la afectación que sufre el Asegurado, a consecuencia de la enfermedad diagnosticada, la cual conlleva a una hospitalización. Para efecto de esta cobertura se establece que cubre un único evento durante toda la vigencia de la póliza.

Institución de Salud

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Para efecto de esta póliza no se considera Institución hospitalaria Casas para ancianos, Casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Médico especialista

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

2. Especificaciones del Beneficio Adicional

Anticipo de Suma Asegurada de Fallecimiento por diagnóstico positivo de COVID-19, en caso que requiera necesariamente una hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Mediante este beneficio La Compañía indemniza al Asegurado por un único evento durante toda vigencia de la póliza, a través de un anticipo de Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de fallecimiento, en caso de diagnóstico con confirmación positivo para COVID-19, que requiera necesariamente una Hospitalización que se efectúa en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de una institución de salud y presente una situación de hipoxemia.

Lo anterior implica que el monto de dicha indemnización será considerado como un anticipo al pago de la Suma Asegurada, de la Cobertura Básica en que tuviera que incurrir La Compañía al ocurrir el fallecimiento del Asegurado. El anticipo de Suma Asegurada que otorga el presente Beneficio es por la cantidad de \$50,000.00 M.N.

El presente Beneficio Adicional es sin costo alguno para el Asegurado.

Para la determinación del evento será necesario cumplir con las siguientes definiciones:

- i. **Diagnóstico:** Se entenderá como certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV- 2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (INDRE).
- ii. **Hipoxemia:** Se define como el nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias; es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 60 mmHg. También se puede definir como una saturación de oxígeno menor de 90%.
- iii. **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos:** Se identifica como tal a la Hospitalización que se efectúa en una unidad de cuidados de salud en una institución de salud en la que de manera específica se destina personal y equipos altamente especializados, que ofrecen atención a pacientes clínicos y quirúrgicos, cuyas condiciones y riesgos para su vida requieren asistencia integral y monitoreo constante de sus signos vitales, con diagnóstico relacionado a la disminución de oxigenación pulmonar, por la complejidad de sus tratamientos o procedimientos y la gravedad de sus enfermedades.
- iv. **Deducible en Horas:** Para efecto de este beneficio se entiende como Deducible en Horas al plazo de Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos que se deberá cumplir, para esta cobertura será de 24 horas.

Para efectos de este beneficio, La compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación anteriormente mencionada.

En caso de que el médico que La compañía designe no ratifica el diagnóstico del COVID-19 las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de La compañía, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista, prevalecerá la opinión del médico dictaminador que La compañía designe.

En caso de que el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el anticipo de la Suma Asegurada de este Beneficio, este podrá designar a un tercero mediante carta poder simple que le acredite como apoderado o representante legal del Asegurado para que realice los trámites correspondientes; en caso de que el Asegurado no cuente con estas figuras, podrá hacer la reclamación alguno de sus familiares siempre que demuestre la

relación familiar; adicional, en caso de la muerte del Asegurado se pagará la indemnización por diagnóstico y por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado haya designado en la póliza.

3. Exclusiones

Las indemnizaciones cubiertas por este beneficio no surtirán efecto cuando el asegurado haya sido diagnosticado como positivo con SARS-CoV-2, conocido como COVID-19, previo a la contratación de la póliza.

4. Terminación Anticipada

La Compañía dará por terminado este beneficio cuando ocurra alguna de las siguientes:

- i. El pago del beneficio de la cobertura al tener lugar el siniestro.
- ii. Cuando el paciente sea diagnosticado con COVID-19 y el asegurado no haya requerido una Hospitalización que se efectúa en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de una institución de salud.
- iii. A la cancelación de la póliza de Seguro de Vida.

5. Vigencia

El presente beneficio entrará en vigor a la hora y minutos del día de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza donde se especifica el Beneficio y continuará su vigor durante un año a partir de dicha fecha hasta la hora y minutos del día señalado como fin de vigencia en el mismo documento.

6. Renovación

El beneficio será renovado automáticamente en el primer aniversario siguiente a la emisión, si dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de vigencia de cada período, alguna de las partes no de aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, los documentos podrán ser enviados a La Compañía vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de La Compañía. Asimismo, y en atención al contenido de esta cláusula, La Compañía no está obligada a dar aviso de manera personal al Asegurado o Contratante sobre la renovación del beneficio de seguro.

La renovación será bajo los mismos términos y condiciones que fue contratada, siempre que el plan de la Póliza de Vida, que ampara la cobertura básica de fallecimiento esté vigente, caso contrario no se realizará la renovación del beneficio.

7. Incremento de suma asegurada

La renovación de la póliza se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad con base en las cuotas efectivas al momento de la renovación de la póliza, y la Suma Asegurada se incrementará, al menos en la misma proporción en que se haya incrementado el Índice Nacional de Precios al Consumidor, considerando el mes de diciembre del año anterior al mes de diciembre del año previo de renovación de la póliza, de acuerdo con la publicación del Banco de México. En caso de que dicho incremento no haya sido publicado a la fecha en que se realice la renovación de la póliza, se utilizará el porcentaje de incremento aplicado por La Compañía durante el mes inmediato anterior a la renovación.

8. Pago de Indemnizaciones o Suma Asegurada

El pago de Indemnización estará sujeto a lo previsto en este Contrato, en la Ley sobre el Contrato de Seguro y a que el Asegurado o sus representantes requirieran debidamente los formatos que serán proporcionados por La Compañía y entreguen toda la información que sobre los hechos relacionados con el siniestro La Compañía les exija, siempre y cuando dicha información sirva para determinar las circunstancias de la realización del evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

En particular, para el análisis de procedencia de éste Beneficio, se deberá presentar:

1. Nota de ingreso hospitalario y/o nota de egreso hospitalario o en caso de no contar con alguna de estas dos, deberá presentar el Resumen Clínico.
2. Prueba de COVID-19 con resultado POSITIVO

3. Hojas de enfermería que mencionen la saturación de oxígeno o la presión parcial de oxígeno.

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

El reclamante, una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente póliza, extenderá a La Compañía el recibo de finiquito correspondiente que liberará a La Compañía de cualquier obligación derivada de este contrato por el monto del pago efectuado.

En caso que el Asegurado fallezca antes del pago correspondiente, la indemnización se pagará al Beneficiario designado en la póliza y a falta de éste a su sucesión legal.

El Asegurado, Beneficiario o familiar que vaya a reclamar el beneficio, deberá dar aviso a La Compañía del Sinistro a través de la Súper Línea al número telefónico **55 5169 4300** en la Ciudad de México e Interior de la República para ser atendido por uno de nuestros ejecutivos.

Horarios de atención: De lunes a viernes de 09:00 a 20:00 horas. / Sábados de 10:00 a 15:00 horas.

Le recomendamos tener a la mano la siguiente información:

- i. Número de cuenta y/o número de tarjeta (afectada)
- ii. Número de póliza.
- iii. Fecha del evento reclamado.
- iv. Domicilio completo (Calle, Número Ext., Int., Colonia, C.P., Delegación o Municipio, Entidad Federativa)
- v. Números telefónicos de contacto (local o celular).
- vi. Dirección de correo electrónico (indispensable)
- vii. Información detallada relativa al evento reclamado.

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 15 de abril de 2020 con el número de registro BADI-S0018-0027-2020 / CONDUSEF-000765-06.

Contenido

1. DEFINICIONES	3
2. SERVICIOS DE ASISTENCIA	3
2.1 Asistencia Telemedicina	3
2.2 Uso del Servicio	4
3. VIGENCIA.....	4
4. RENOVACIÓN.....	4

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.

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado los servicios de asistencia a través del Prestador de Servicios, que para tal efecto haya contratado La Compañía, quien coordinará y prestará lo que en adelante se pormenoriza, con base en las presentes condiciones.

En virtud de lo anterior, La Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Prestador de Servicios, en virtud de la relación contractual que tiene establecida con el Asegurado, misma que es independiente al convenio celebrado entre La Compañía y el Prestador de Servicios.

El presente Beneficio Adicional es sin costo alguno para el Asegurado.

1. DEFINICIONES

El Proveedor

Es el Prestador de Servicios que proporciona los Servicios de Asistencia al Usuario.

Servicios de Asistencia

Los servicios que el Prestador de Servicios proporcionará a los Usuarios en términos de lo establecido en el presente documento.

Telemedicina

Consulta médica con médico general por videoconferencia.

Usuario

Persona física que tiene derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento. Son considerados como Usuarios el Asegurado de la póliza y su familia, es decir, cónyuge, hijos y padres.

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA

A continuación, se describen los servicios que otorga el presente Beneficio Adicional para los asegurados que contraten el seguro al que va ligado este Beneficio.

2.1 Asistencia Telemedicina

Este servicio permite a los Usuarios, ponerse en contacto con un médico general a través de videoconferencia, además La Compañía coordinará los siguientes servicios de Asistencia:

- Video consulta Médica
- Información relacionada con medicamentos
- Prescripción de medicamentos que no requieran receta médica firmada.
- Interpretación de exámenes de laboratorio

- Prevención en la automedicación
- Prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia
- Primeros auxilios
- Referencias y coordinación de citas presenciales con médicos generales a precio preferencial
- Orientación en planificación familiar
- Orientación en educación sexual
- Orientación en vacunas

Este Servicio de Asistencia se proporciona los 365 días del año y las 24 horas del día sin límite de eventos durante la vigencia de la póliza.

2.2 Uso del Servicio

Para que el Usuario pueda acceder a todos los servicios y hacer uso de los servicios de asistencia, deberá seguir los siguientes pasos:

1. El usuario se comunica al (55) 55-11-05-26-71.
2. Un agente recibe la llamada para registrar la solicitud en el sistema y se asigna un médico por horario de consulta solicitado.
3. El médico recibe la consulta asignada en su plataforma y la acepta.
4. El sistema envía al asegurado un mail con los datos para la videoconferencia.
5. En el horario acordado el paciente y el médico se conectan a la consulta.

3. VIGENCIA

El presente beneficio adicional entrará en vigor a la hora y minutos del día de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza del producto asociado el cual estará ligado y continuará su vigor hasta la hora y minutos del día señalado como fin de vigencia en dicha carátula de póliza o hasta el momento de cancelación de la póliza.

4. RENOVACIÓN

Este beneficio será renovado automáticamente mientras la póliza se renueve conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del producto asociado.

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 19 de agosto de 2020, con el número BADI-S0018-0083-2020 / CONDUSEF-000765-06.

Uso de Medios Electrónicos

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que La Compañía pone a su disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica www.zurichsantander.com.mx

Para efectos de lo establecido en la presente cláusula, se entiende como uso de medios electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios y (iv) cualesquiera otros que sean incluidos en los “Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos.”

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 11 de diciembre del 2017, con el número RESP-S0018-0060-2017 / CONDUSEF-G-00967-001

Residencia

La Compañía no celebrará contrato de seguros con personas que residan fuera de la República Mexicana, entendiéndose por residencia el lugar en dónde la persona tiene su principal asiento para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.

En caso de que el Asegurado cambie su domicilio fuera de la República Mexicana, éste se obliga a notificarlo por escrito a La Compañía, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cambio.

La Compañía realizará una revisión periódica para verificar que la residencia del asegurado se encuentre en la República Mexicana, en caso de detectar que reside en el extranjero se evaluará la no renovación del contrato de seguro, y de determinarse la no renovación de la póliza La Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado y/o Contratante con una antelación no menor a 30 días de la fecha del término de vigencia.

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 mayo del 2018, con el número CGEN-S0018-0021-2018 / CONDUSEF-G-01013-001.

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

Cuando se contrata un seguro de vida, es muy común que se desconozcan los derechos que tiene como asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si conoce bien cuáles son sus derechos podrá tener claro el alcance que tiene su seguro, evitará imprevistos de último momento y estará mejor protegido.



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de agosto de 2015 con el número CNSF-S0018-0309-2015, RESP-S0018-0204-2016 DE 20/06/2016, BADI-S0018-0027-2020 de fecha 15/04/2020, BADI-S0018-0083-2020 de fecha 19/08/2020, RESP-S0018-0033-2021 DE 28/10/2021 Y CGEN-S0018-0032-2023 DE 04/04/2023 / CONDUSEF-000765-06.

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

Vida



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

¿Cómo saber cuáles son sus derechos cuando contrata un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil...

Como contratante tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

- Solicitar al Ejecutivo que le ofrece el seguro la identificación que lo acredita como tal.
- Recibir toda la información que le permita conocer las Condiciones Generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que está contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a su disposición cualquiera de las sucursales de Banco Santander y/o comunicarse a nuestro número telefónico de atención.
- Si se practica un examen médico para la contratación de su seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia (enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la contratación del seguro) respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.
- Solicitar por escrito a la aseguradora la información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que le ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

En caso de que ocurra el siniestro y de ser procedente la indemnización tiene derecho a:

- Recibir el pago del beneficio por fallecimiento, conforme a 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 inconformidad con el tratamiento de su siniestro, puede presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presenta la queja ante CONDUSEF, puede solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

- Conocer a través de la CONDUSEF, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de cualquier duda, ponemos a su disposición nuestro teléfono de atención en la Ciudad de México e Interior de la República: 55 51694300.

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

REGISTRO ESPECIAL
"ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS A LA LEY 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 28 de octubre de 2021, con el número RESP-S0018-0033-2021 / CONDUSEF-G-01351-001.

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 04 de abril de 2023, con el número CGEN-S0018-0032-2023/CONDUSEF-G-01517-001