

Estimado Cliente,

Agradecemos su confianza al haber contratado su Seguro de **“Protección Médica”** 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 de la República.

Atentamente,

Zurich Santander Seguros México, S. A.

1. Definiciones	4
2. Condiciones Generales	6
2.1 Contrato	6
2.2 Rectificaciones y Modificaciones	6
2.3 Edades de Aceptación y Renovación	7
2.4 Pago de la Prima y Periodo de Gracia	7
2.5 Periodo del Seguro	8
2.6 Renovación Automática	8
2.7 Rehabilitación	9
2.8 Reinstalación de Suma Asegurada	9
2.9 Indisputabilidad	9
2.10 Aviso de Siniestro	9
2.11 Disminución del Número de Padecimientos	10
2.12 Arbitraje Médico	10
2.13 Indemnización por Mora	10
2.14 Omisiones e Inexactas declaraciones	11
2.15 Pago de Indemnización	11
2.16 Prescripción	11
2.17 Moneda	11
2.18 Comunicaciones	11
2.19 Competencia	12
2.20 Documentación en Caso de Siniestro	12
2.21 Información Adicional en Caso de Siniestro	12
2.22 Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización	12
2.23 Beneficiarios	12
2.24 Comisión o Compensación Directa	13
2.25 Pruebas	13
2.26 Entrega de Documentación Contractual	14
2.27 Agravación del Riesgo	15
2.28 Uso de Medios Electrónicos	16
3 Coberturas	17
3.1 Coberturas sin Periodo de Espera	17
3.1.1 Apendicitis	17
3.1.2 Quemaduras Graves	17
3.2 Coberturas con Periodo de Espera	18

3.2.1	Cáncer	18
3.2.2	Divertículos del Colon.....	18
3.2.3	Enfermedad Vascular Cerebral	19
3.2.4	Extirpación Quirúrgica de Ovarios	19
3.2.5	Hernia Inguinal o Abdominal.....	19
3.2.6	Hiperplasia Prostática Benigna	19
3.2.7	Histerectomía.....	19
3.2.8	Infarto al Miocardio	20
3.2.9	Litiasis Renal	20
3.2.10	Litiasis Vesicular	20
3.2.11	Neumonía	20
3.2.12	Pancreatitis aguda.....	20
3.2.13	Trasplantes	20
3.2.14	Tumores Benignos	21
3.2.15	Úlcera Gástrica o Duodenal	21
4	Exclusiones.....	22
5	Marco Normativo	23

Zurich Santander Seguros México, S.A.

Es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 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. Definiciones

Accidente

Acontecimiento originado por una acción externa, súbita, violenta y fortuita que origine la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado amparado, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de la póliza y no se encuentren consideradas dentro de las exclusiones.

No se considera accidente a las lesiones corporales o muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado

Es la persona física inscrita en la presente póliza a cuyo nombre se expide la póliza, la cual obtiene el beneficio de las coberturas amparadas.

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 en conjunto 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.

Emergencia Médica

Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Endoso

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

Enfermedad

Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad Congénita

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

Enfermedad preexistente

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

- a. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de

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

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

- b. 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.

Enzimas cardiacas

Son aquellas sustancias biológicas que se obtienen mediante procedimientos químicos de laboratorio y que permiten determinar si existe algún daño del tejido cardíaco. Dichas sustancias se liberan al organismo en caso de existir necrosis o muerte celular. Ejemplos de estas son: CK (Creatina fosfocinasa), CK MB, Troponina E y Troponina I (específicos del músculo cardíaco).

Estudio de electrocardiograma

Es aquel por medio del cual se puede evaluar la actividad eléctrica del corazón permitiendo determinar alteraciones en el funcionamiento del mismo o en las diferentes fases de la contracción o ciclo cardíaco. Se considera el estudio o evaluación básico en caso de sospecha de enfermedad cardíaca o evaluación del estado de salud.

Estudio de endoscopia

Estudio invasivo que permite la visualización directa de partes internas del cuerpo humano (intestinos, cavidades o vasos), mediante un endoscopio (tubo de diferentes calibres y longitudes que contiene una cámara y luz propia y partes móviles) que se introduce por algún orificio natural o incisión quirúrgica, permitiendo la visualización interna en forma directa, así como la realización de procedimientos o bien la toma de muestras como líquido o tejido.

Estudio de histopatología

Estudio que permite la visualización de los diferentes tejidos del cuerpo humano (en forma macroscópica o microscópica) con la finalidad de llegar a un diagnóstico. Por lo general se realizan este tipo de pruebas obtenidas mediante biopsia, cirugía, recolección de secreciones o de piezas anatómicas extirpadas. Con lo anterior permiten al especialista (patólogo), establecer un diagnóstico.

Estudio de urografía excretora

Estudio de rayos X por el cual se pueden obtener imágenes de las vías urinarias (riñones, uréteres, vejiga y uretra), así como una evaluación su funcionamiento, mediante la aplicación de sustancias radio opacas que se inyectan en el torrente sanguíneo y que mediante la filtración renal permite visualizar todo el trayecto detectando el buen o mal funcionamiento, así como alguna patología de obstructiva o anatómica.

Flujo vesical

Consiste en la medición del volumen vesical, lo cual permite establecer si existe alguna patología de urinaria o de la vejiga.

Indemnización por Padecimiento

Es el monto que **La Compañía** pagará por cada padecimiento cubierto.

Institución Hospitalaria

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

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

Periodo de espera

Tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de ingreso a la póliza para amparar los padecimientos cubiertos por virtud del Contrato de Seguro.

Protrusión

Consiste en la salida, o eventración de un saco o bolsa, mejor conocida como herniación.

Reporte de patología

Reporte en forma escrita del estudio cito-histológico (tejido), que realiza el patólogo.

Resonancia magnética

Estudio de imagen que se obtiene mediante el magnetismo o radiofrecuencia radiada, el cual permite la visualización de los tejidos blandos en forma mucho más detallada de lo que la tomografía axial computarizada.

Resultado de gabinete

Consiste en todos aquellos estudios que se obtienen a través de un “gabinete” (aparato de rayos X o técnicas radiológicas). Actualmente se les conoce mejor como estudios de radio imagen o los estudios similares (ultrasonido, resonancia magnética, densitometrías, medicina nuclear o gammagrafía). Dichos estudio permiten la visualización de estructuras anatómicas que no se ven a simple vista logrando de esta manera establecer un diagnóstico.

Tomografía axial computarizada

Estudio de rayos X que permite obtener imágenes del cuerpo y sus órganos, en forma de cortes o rebanadas a diferente profundidad y diámetro, permitiendo visualizar estructuras a detalle.

Ultrasonido

Estudio que permite la visualización de los diferentes tejidos del cuerpo humano mediante la emisión de ondas sonoras a muy baja frecuencia las cuales a rebotan en los diferentes tejidos producen las imágenes características. Aunque las imágenes no son tan claras como las de otros estudios, se considera que es inocuo a comparación de los rayos X o la medicina nuclear.

2. Condiciones Generales

2.1 Contrato

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

2.2 Rectificaciones y Modificaciones

Este Contrato sólo se podrá modificar previo acuerdo entre **La Compañía** y el Contratante, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

2.3 Edades de Aceptación y Renovación

Las edades de aceptación son de 18 a 60 años; la edad máxima de renovación es de 69 años de edad.

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.

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

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

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

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

2.4 Pago de la Prima y Periodo de Gracia

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

El Contratante, en cualquier aniversario de la póliza, puede optar por el pago fraccionado de la prima anual total a su cargo, mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, aplicándose en este caso la tasa de financiamiento vigente en la fecha de cada aniversario; las exhibiciones correspondientes vencerán al inicio de cada mes, trimestre o semestre.

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

El Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la fracción pactada en el contrato. A las 12:00 horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley del Contrato de Seguro, que a la letra dice:

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

Las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo, por lo que, si no son cubiertas dentro de los 30 días posteriores a su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

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

2.5 Periodo del Seguro

El plazo del seguro es anual, tanto para el primer año como para las renovaciones y se encuentra estipulado en la carátula de la póliza.

2.6 Renovación Automática

La Compañía renovará de forma automática la póliza, a menos que:

- La edad alcanzada por el Asegurado sea mayor a 69 años cumplidos.
- 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.
- **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.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los Periodos de Espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

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

En cada renovación se aplicarán las primas y condiciones que se encuentren en vigor a la fecha de ésta, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Las condiciones de aseguramiento serán congruentes con las originalmente contratadas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las primas y condiciones que aplicarán en cada renovación lo cual hará dentro de los 30 días naturales anteriores a la renovación.

2.7 Rehabilitación

No obstante, lo dispuesto por la Cláusula **Pago de la prima y periodo de gracia**, el Contratante podrá dentro de quince días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima del seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago sin pérdida de beneficios, siempre y cuando no hayan transcurrido más de 15 días naturales una vez concluido el periodo de gracia y que el Contratante lo solicite por escrito a **La Compañía**, en cualquier momento de dicho lapso.

La Compañía ajustará a prorrata y devolverá la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo; dicha devolución se hará a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la rehabilitación, privilegiando el medio por el cual se hizo el pago de la prima, salvo que el Contratante solicite que se haga a través de otro medio.

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

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

2.8 Reinstalación de Suma Asegurada

La suma asegurada se reinstalará automáticamente a la renovación del Contrato de Seguro, para cubrir nuevos padecimientos o procedimientos quirúrgicos, siempre y cuando no exista ya una reclamación y no se especifique en la descripción de coberturas que no hay reinstalación para dicho padecimiento o procedimiento quirúrgico.

2.9 Indisputabilidad

Las coberturas amparadas por el presente contrato de seguro serán disputables dentro de los dos primeros años posteriores a su inicio de vigencia. **El contrato de seguro será rescindido para un Asegurado en caso de omisiones o inexactitud en las declaraciones de los hechos importantes para la apreciación de los riesgos, hechas en la solicitud que sirvió de base para su contratación, conforme a lo estipulado en la cláusula Omisiones e Inexactas declaraciones.**

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

2.10 Aviso de Siniestro

En caso de reclamación para el pago de siniestros, se deberá dar aviso por escrito a **La Compañía** dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de conocimiento de los hechos que dieron origen a tal reclamación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darse tan pronto cese uno u otro.

La Compañía tendrá el derecho de exigir al reclamante, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales se puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, deberá comprobar a **La Compañía** la realización del siniestro, debiendo presentar las formas de reclamación que para tal efecto se les proporcionen debidamente requisitadas, así como los documentos que correspondan.

Las reclamaciones que resulten procedentes, serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que **La Compañía** haya recibido toda la documentación que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Toda indemnización será pagada al Asegurado o Beneficiario designado, según corresponda y de conformidad con la cláusula **Pago de Indemnización**.

2.11 Disminución del Número de Eventos Cubiertos

Toda indemnización que **La Compañía** pague, reducirá en igual cantidad al número de eventos amparados durante la vigencia de la póliza.

Una vez que el Asegurado o Beneficiario designado en su caso, presenten una reclamación por un padecimiento cubierto, **La Compañía** pagará, en caso de procedencia, la indemnización del padecimiento cubierto una sola vez durante la vigencia del Contrato de Seguro. Sin embargo, la Suma Asegurada que corresponda, podrá restablecerse de acuerdo a lo estipulado en la cláusula **Renovación Automática**.

2.12 Arbitraje Médico

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

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

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

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

2.13 Indemnización por Mora

En caso de que **La Compañía**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

2.14 Omisiones e Inexactas declaraciones

El Contratante y Asegurado están obligados a declarar por escrito a **La Compañía**, de acuerdo con la solicitud y cuestionario respectivos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión e inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a **La Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, de conformidad con lo estipulado en los artículos 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2.15 Pago de Indemnización

Es el pago a cargo de La Compañía y que se realiza directamente al Asegurado.

En el caso que el Asegurado fallezca antes de que la Compañía realice el pago que corresponda, la indemnización procedente se pagará al Beneficiario designado en la Solicitud de Seguro y a falta de éste a la sucesión del Asegurado.

2.16 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

2.17 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado o La Compañía serán en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

2.18 Comunicaciones

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

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de **La Compañía** llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, **La Compañía** deberá comunicar al Contratante y/o Asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a **La Compañía** y para cualquier otro efecto legal.

2.19 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 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley sobre el contrato de seguro.

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.

2.20 Documentación en Caso de Siniestro

Para la debida atención de la reclamación, se deberá proporcionar la siguiente documentación:

- Historia clínica y/o resumen médico que contenga: Antecedentes personales patológicos, con descripción de padecimiento actual (detallado y evolutivo, con fecha de inicio de signos y síntomas).
- Nota de ingreso programado o urgencia y nota de alta.
- Nota quirúrgica.
- Estudios que corroboren el diagnóstico (imagen, laboratorio o histopatológico).
- Prueba positiva de COVID-19, en caso de Neumonía, para reducir el periodo de espera a cero días.

Además de los documentos detallados en la descripción de cobertura para cada Enfermedad o Padecimiento.

2.21 Información Adicional en Caso de Siniestro

Para casos excepcionales, en los que no sea posible la acreditación de la ocurrencia del siniestro considerando los documentos señalados anteriormente, **La Compañía** podrá solicitar información o documentación adicional, siempre y cuando los mismos estén relacionados con el siniestro. Lo anterior, con fundamento en lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, por el cual **La Compañía** tendrá derecho a exigir al Asegurado o al(los) Beneficiario(s) toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro con la cual puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

2.22 Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado La Compañía.

2.23 Beneficiarios

En caso de que el Asegurado fallezca antes del pago correspondiente de la indemnización procedente por las coberturas contratadas, se pagará al Beneficiario designado en la póliza y a falta de éste, a la sucesión legal del Asegurado, considerando los siguientes aspectos:

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios.

En el caso de Asegurados menores de edad, no se designarán Beneficiarios al momento de la contratación del seguro, siendo los Beneficiarios quienes ejerzan la patria potestad o tutela, en su caso.

Al momento de cumplir 18 años, el Asegurado deberá comunicar por escrito a **La Compañía** la designación de sus Beneficiarios.

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.

“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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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.”

2.24 Comisión o Compensación Directa

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

2.25 Pruebas

El reclamante presentará a su costa a **La Compañía**, además de las formas de declaración que

ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y el derecho de quienes solicitan el pago.

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

2.26 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 derivadas 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
- 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 el pago de la prima.

- 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 55 5169 4300 en la CDMX o 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 55 5169 4300 en la CDMX o 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 55 5169 4300 en la CDMX o 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 puede consultar el estatus de su póliza en cualquier momento llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la CDMX o 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 cliente podrá conocer el resultado de su solicitud comunicándose al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la CDMX o 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 Automática. 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.

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

2.27 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**).

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 **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 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.

2.28 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."

3 Coberturas

Si durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado requiere procedimiento quirúrgico o tratamiento médico hospitalario a consecuencia de los padecimientos establecidos en el Contrato de Seguro, **La Compañía** pagará el importe correspondiente a las enfermedades cubiertas, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada y de al menos 48 horas para el tratamiento médico correspondiente. En caso de tratamiento médico por cáncer o tratamiento quirúrgico por algún otro padecimiento, no existirá tiempo mínimo de estancia hospitalaria. Se señala en cada cobertura los requisitos que se deben cumplir para el pago de las indemnizaciones.

El pago a realizar por **La Compañía** será por una sola ocasión para cada enfermedad o procedimiento quirúrgico. En caso de presentarse otro padecimiento o procedimiento quirúrgico amparado diferente a uno ya reclamado durante la misma vigencia, se pagará el importe correspondiente a dicho padecimiento o procedimiento quirúrgico.

El número máximo de padecimientos o procedimientos quirúrgicos a cubrir para cada Asegurado, es de dos por año póliza.

3.1 Coberturas sin Periodo de Espera

3.1.1 Apendicitis

Es la presencia de un proceso infeccioso a nivel apendicular del intestino delgado que por su severidad y manifestación clínica requiere de la extirpación quirúrgica.

Para proceder al pago de la indemnización se deberá proporcionar reporte de patología de la pieza extirpada (Apéndice) y nota postquirúrgica elaborada por el cirujano.

3.1.2 Quemaduras Graves

Cobertura: Las quemaduras de tercer grado que abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (Tabla 1), diagnosticada por un médico especialista titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión.

Para determinar el porcentaje de la superficie corporal que presenta quemaduras de tercer grado se deberán sumar los porcentajes establecido en la regla de los nueve (Tabla 1).

Tabla 1. Regla de los nueve

Superficie Corporal	Porcentaje
Cuello y Cabeza (cara anterior)	4.5%
Cuello y Cabeza (cara posterior)	4.5%
Tórax	9.0%
Abdomen	9.0%
Espalda Alta	9.0%
Espalda Baja	9.0%
Miembros Inferiores (cara anterior de cada uno)	9.0%
Miembros Inferiores (cara posterior de cada uno)	9.0%
Miembros Superiores (cara anterior de cada uno)	4.5%
Miembros Superiores (cara posterior de cada uno)	4.5%

Periné	1.0%
--------	------

Para proceder al pago se debe presentar los documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe médico emitido por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique la superficie y/o regiones del cuerpo afectadas elaborado en hoja membretada sellado y firmado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- En caso de atenderse en hospital público, formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- En caso de haberse atendido en un hospital privado las notas de evolución y nota quirúrgica.

Especificaciones:

La Suma Asegurada es única para cada cobertura en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 4, Exclusiones, la cobertura de Quemaduras Graves no ampara el tratamiento de quemaduras de primer grado, segundo grado, y de tercer grado que no abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9).

3.2 Coberturas con Periodo de Espera

En los siguientes padecimientos deberá transcurrir el periodo de espera estipulado con excepción de los ocasionados a consecuencia de una Emergencia Médica.

Estos periodos de espera no tendrán efecto a la renovación del Contrato de Seguro, siempre y cuando el Asegurado mantenga su cobertura de forma continua e ininterrumpida.

Se cubrirán las enfermedades detalladas a continuación siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado, siempre y cuando no sean preexistentes, ni estén excluidas por las presentes Condiciones Generales.

3.2.1 Cáncer

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas. La invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

Para proceder al pago de la indemnización se requiere el estudio histopatológico, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

Para esta cobertura no será necesario cumplir con los requisitos de estancia hospitalaria de al menos 48 horas ni procedimiento quirúrgico.

3.2.2 Divertículos del Colon

Divertículos: Protrusiones adquiridas de la membrana mucosa del colon a través de la pared muscular del intestino. Aparecen principalmente en el sigmoides y en el colon descendente.

Pueden inflamarse (Diverticulitis).

Para proceder al pago de la indemnización se requiere de la intervención quirúrgica (con reporte histopatológico) de estos divertículos o bien el tratamiento médico hospitalario de al menos 48 horas de un proceso donde se inflaman estas herniaciones (Diverticulitis), resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.3 Enfermedad Vascular Cerebral

Es el tratamiento médico secundario a la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales que produce secuelas neurológicas con duración superior a 24 horas y que provoque lesiones irreversibles y de carácter permanente. Incluye infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra craneal.

Para proceder al pago se requiere una estancia hospitalaria de al menos 48 horas y que se documente el daño por medio de tomografía axial computarizada o resonancia magnética. Se deberá incluir resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

En adición a lo estipulado en la sección 4, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento quirúrgico no ampara las crisis de isquemia transitoria.

3.2.4 Extirpación Quirúrgica de Ovarios

Procedimiento quirúrgico en donde se hace la extirpación de 1 o los 2 ovarios.

Para la indemnización se requiere incluir reporte del estudio de patología de la pieza extirpada (ovario), del ultrasonido con el que se diagnosticó, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

En adición a lo estipulado en la sección 4, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento quirúrgico no ampara la extirpación preventiva de Ovarios.

3.2.5 Hernia Inguinal o Abdominal

Es la protrusión de una parte del intestino a través de la pared que lo rodea.

Para proceder al pago se requerirá nota quirúrgica, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.6 Hiperplasia Prostática Benigna

Se define como el crecimiento benigno de la glándula prostática peri uretral causando grados variables de obstrucción al flujo vesical.

Para el pago de la indemnización se requiere resultado del estudio con el que se establece el diagnóstico, resultado del estudio de patología de la pieza extirpada (próstata), resumen clínico y notas de evolución.

3.2.7 Histerectomía

Procedimiento quirúrgico donde se realiza la extirpación de la matriz o útero.

Para la indemnización se requiere ultrasonido con el que se diagnosticó, resultado del estudio de patología de la pieza quirúrgica extirpada, resumen clínico y nota de evolución hospitalaria.

En adición a lo estipulado en la sección 4, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento quirúrgico no ampara la Histerectomía preventiva.

3.2.8 Infarto al Miocardio

Consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre valores normales de laboratorio.

Para proceder al pago de la indemnización se requiere tratamiento hospitalario de al menos 48 horas. Se deberá proporcionar resultado del estudio de electrocardiograma o del estudio de laboratorio con el cual se llega al diagnóstico, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.9 Litiasis Renal

Los cristales de sales encontrados en la orina pueden solidificarse formando piedras que pueden encontrarse en formas únicas o múltiples en los riñones y/o el sistema colector.

Se procederá al pago de la indemnización cuando se requiera la extirpación quirúrgica de estas piedras, comprobadas con estudios de histopatología o bien copia del informe radiológico corroborando el diagnóstico, resultado del estudio de urografía excretora, con el que se llega al diagnóstico, reporte de patología de la pieza quirúrgica extraída (litos o piedras), también se deberá proporcionar resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.10 Litiasis Vesicular

Es la presencia de cálculos en los conductos biliares o en la vesícula biliar que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y/o en los conductos biliares. Está cubierta la cirugía de extirpación de los cálculos.

Para proceder al pago de la indemnización se requerirán resultados del estudio de ultrasonido con el que se establece el diagnóstico, resultado de patología de la pieza extirpada, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.11 Neumonía

Es la infección a nivel pulmonar que se manifiesta por evidencia clínica y se corrobora por cambios radiológicos. Se requiere una estancia hospitalaria de al menos 48 horas.

Cuando un padecimiento cubierto se considera una Emergencia Médica, se elimina el Periodo de Espera. Derivado a que Neumonía por COVID19 se considera una Emergencia Médica se elimina el Periodo de Espera en caso de diagnóstico.

Para proceder al pago de la indemnización se deberá incluir reporte de los estudios radiológicos con el cual se llega al diagnóstico, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.12 Pancreatitis aguda

Cuadro inflamatorio del páncreas de al menos 48 horas de evolución, ocasionado por obstrucción del conducto pancreático.

Para proceder al pago se requiere tratamiento médico hospitalario de al menos 48 horas o bien tratamiento quirúrgico, se deberá incluir resultados de laboratorio o gabinete con los que se llega al diagnóstico, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

3.2.13 Trasplantes

Cobertura: Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano enfermo o lesionado y reemplazarlo por uno sano. La cobertura ampara el reemplazo de alguno de los siguientes órganos: riñón, corazón, pulmón, hígado, páncreas y médula ósea.

Para proceder al pago se debe presentar los documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Expediente clínico completo que contenga resumen clínico (Padecimiento actual detallado y evolutivo, antecedentes personales patológicos tiempo de evolución, etc.), nota quirúrgica y notas de evolución, o en su defecto un resumen elaborado por la Institución de Salud que contenga dicha información, sellado, firmado y en hoja membretada.
- Reporte de estudios de laboratorio, imagenología e histopatológico que justifiquen el diagnóstico del trasplante del órgano.
- Formato Informe médico emitido por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento quirúrgico realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).

Especificaciones

La suma asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación, aun cuando se requiera el trasplante de un órgano diferente al trasplantado anteriormente.

En adición a lo estipulado en la sección 4, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento quirúrgico no ampara: el trasplante de Islotes de Langerhans, el trasplante autólogo, trasplante de riñón por insuficiencia renal, trasplante de órganos para tratamiento o corrección de cáncer y trasplantes que sean procedimientos de investigación.

3.2.14 Tumores Benignos

Es la presencia de una o más tumoraciones en diferentes partes del cuerpo de carácter benigno (se define benigno como la incapacidad de generar diseminación del tumor a otros sitios del organismo).

La indemnización procederá sólo si existió extirpación quirúrgica de estas tumoraciones en un centro hospitalario y se debe acompañar de reporte patológico de la pieza extirpada (tumor) y nota postquirúrgica.

En adición a lo estipulado en la sección 4, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento quirúrgico no ampara cualquier clase de tumor benigno en piel, tejido subcutáneo y/o mama.

3.2.15 Úlcera Gástrica o Duodenal

Son las enfermedades caracterizadas por la presencia de una úlcera en el estómago o duodeno y que debido a su severidad (definida en función de la capacidad de generar sangrado de tubo digestivo) requiera de tratamiento médico hospitalario por un espacio de al menos 48 horas o bien la opción de tratamiento quirúrgico.

Se deberá proporcionar resultado del estudio de endoscopia con el que se llega al diagnóstico, resumen clínico y notas de evolución hospitalaria.

A manera de resumen se presenta un cuadro donde se especifican las coberturas que deben cubrir los requisitos de hospitalización de al menos 48 horas o procedimiento quirúrgico:

	Enfermedad	Cobertura		
		Hospitalización 48 horas	Procedimiento Quirúrgico	Periodos de Espera
EXTIRPACIÓN	APENDICITIS (APENDICECTOMIA)		X	No aplica
	DIVERTICULOS DEL COLON**	X	X	30 días
	EXTRIPACION QUIRURGICA DE OVARIOS		X	30 días
	HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA		X	30 días
	HISTERECTOMIA		X	30 días
	LITIASIS RENAL		X	30 días
	LITIASIS VESÍCULAR		X	30 días
	TUMORES BENIGNOS		X	30 días
	HERNIA ABDOMINAL		X	30 días
	HERNIA INGUINAL		X	30 días
	NEUMONIA	X		30 días
	PANCREATITIS**	X	X	30 días
	ULCERA DUODENAL **	X	X	30 días
	ULCERA GASTRICA**	X	X	30 días
	CÁNCER***			30 días
	ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	X		30 días
	TRASPLANTE DE ORGANOS		X	30 días
	INFARTO AL MIOCARDIO	X		30 días
	QUEMADURAS GRAVES		X	No aplica

Para algunos padecimientos se refiere exclusivamente a extirpación.

****Se cubre por tratamiento hospitalario o por padecimiento quirúrgico, no ambos**

*****Solo aplican los requisitos mencionados en el apartado 3.2.1 Cáncer.**

4 Exclusiones

Este seguro no ampara y por consiguiente la indemnización no será pagada como consecuencia de:

- Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este Contrato de Seguro.**
- Cualquier accidente y procedimiento quirúrgico que sea consecuencia del mismo, excepto para la cobertura de quemaduras graves.**
- Enfermedades preexistentes o aquellas que ocurran durante el periodo de espera establecido en las presentes condiciones generales.**
- Enfermedades, que aun cuando estén cubiertas, no ameritaron tratamiento hospitalario, cuando así se requiera en la descripción de cada cobertura.**
- Padecimientos o procedimientos quirúrgicos originados como consecuencia de un intento de suicidio.**

- f) Enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- g) Enfermedades congénitas.**
- h) Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- i) Tratamiento médico o quirúrgico por más de una ocasión de las enfermedades cubiertas durante la vigencia del Contrato de Seguro.**
- j) Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios.**
- k) Cáncer cérvico uterino en la etapa I (in situ).**

5 Marco Normativo

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas en internet:

- a) LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- b) LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- c) LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.
<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>
- d) CODIGO PENAL FEDERAL
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_010720.pdf

Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA)

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 3

Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348. México, CDMX, Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx

Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708

Horario de Atención: Lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, planta baja

Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, México, CDMX, Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx Teléfonos: 55 5340 0999

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

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 3 de febrero del 2021 con el número CNSF-S0018-0053-2021, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0046-2023 de fecha 30/05/2023 / CONDUSEF-004768-03.

¿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 3 de febrero del 2021 con el número CNSF-S0018-0053-2021, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0046-2023 de fecha 30/05/2023 / CONDUSEF-004768-03.

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 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 nuestro teléfono de atención en la Ciudad de México e Interior de la República:
55 5169 4300

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 05 de noviembre de 2021, con el número RESP-S0018-0036-2021 / CONDUSEF-G-01357-001.

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 30 de mayo de 2023, con el número CGEN-S0018-0046-2023/CONDUSEF-G-01524-001