



Estimado Cliente,

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

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

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

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

Atentamente

Zurich Santander Seguros México, S. A.

CUSF

Contenido

1.	Cláusulas Generales	1	
1.1.	Contrato del Seguro	1	
1.2.	Vigencia.....	1	
1.3.	Modificaciones.....	1	
1.4.	Comunicaciones	1	
1.5.	Derecho a la Información	1	
1.6.	Omissiones o Inexactas Declaraciones	1	
1.7.	Carencia de Restricciones	2	
1.8.	Edad	2	
1.9.	Designación de Beneficiarios	2	
1.10.	Moneda.....	2	
1.11.	Primas	2	
1.12.	Renovación.....	3	
1.13.	Indisputabilidad	3	
1.14.	Suicidio.....	3	
1.15.	Notificación del Siniestro	4	
1.16.	Comprobación del Siniestro	4	
1.17.	Información en Reclamaciones.....	4	
1.18.	Pago del Seguro.....	4	
1.19.	Pago	4	
1.20.	Competencia	4	
1.21.	Indemnización por Mora.....	4	
1.22.	Prescripción.....	5	
1.23.	Entrega de Documentación Contractual	5	
2.	Definiciones	7	
3.	Descripción de Beneficios y Coberturas	9	
3.1.	Cobertura Básica Fallecimiento	9	
3.1.1.	 Elegibilidad	9	9
	COBERTURAS ADICIONALES.....	9	
3.2.	Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.....	9	
3.2.1.	Definición.....	9	
3.2.2.	Comprobación del estado de Incapacidad Total y Permanente	9	
3.2.3.	Elegibilidad	10	
3.3.	Incapacidad Total y Temporal por Accidente o Enfermedad	10	
3.3.1.	Definición.....	10	
3.3.2.	Elegibilidad:	10	
3.3.3.	Exclusiones	10	
3.4.	Exclusiones (aplicables únicamente a las coberturas de Incapacidad).....	11	
3.5.	Enfermedades Graves	12	
3.5.1.	Elegibilidad	12	
3.5.2.	Definiciones	12	
3.5.3.	Exclusiones	13	
3.6.	Condiciones especiales para las coberturas de Incapacidad y Enfermedades Graves	14	
3.6.1.	Padecimientos Preexistentes.....	14	
3.6.2.	Arbitraje Médico	15	
3.7.	Fallecimiento de un familiar.....	15	
3.8.	Desempleo Involuntario.....	15	
3.8.1.	Definición.....	16	
3.8.2.	Elegibilidad	16	
3.8.3.	Exclusiones	16	
3.9.	Matrimonio	17	
3.9.1.	Definición.....	17	
3.10.	Divorcio.....	17	
3.10.1.	 Definición	17	17
3.11.	Nacimiento de un hijo.....	17	
3.12.	Adopción de un hijo	17	

Condiciones Generales
Security – Protección Oportuna Santander

3.12.1.	Definición	17
3.13. Mudanza Km 0		18
3.13.1.	Definición	18
3.14. Titulación del asegurado o de un hijo		18
3.14.1.	Definición	18

Zurich Santander Seguros México S. A., es **La Compañía** legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del Contrato, denominada de aquí en adelante como **La Compañía**.

1. Cláusulas Generales

1.1. Contrato del Seguro

Este Contrato está constituido por la solicitud de seguro, la póliza, sus endosos y cláusulas adicionales que hacen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Asegurado y **La Compañía**.

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. (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.2. Vigencia

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

1.3. 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.

1.4. Comunicaciones

Toda comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito directamente entre **La Compañía** y el Asegurado.

Todas las comunicaciones que el Asegurado deba hacer, deberán dirigirse a **La Compañía** a su domicilio social señalado en la carátula de esta póliza. Los agentes de seguros o intermediarios no están facultados para recibir comunicaciones a nombre de **La Compañía**, por lo tanto, cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta cláusula no tendrá validez.

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, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a **La Compañía** y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que **La Compañía** deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca **La Compañía**.

1.5. Derecho a la Información

Durante la vigencia de la póliza el Asegurado podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

1.6. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a **La Compañía**, de acuerdo a los cuestionarios relativos en la solicitud de seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones del presente Contrato, que conozcan o deban de conocer en el momento de su celebración.

La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a **La Compañía** para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan tenido tales hechos influencia alguna en la realización del siniestro.

1.7. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

Por lo anterior, el agente o cualquier persona no autorizada por **La Compañía**, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

1.8. Edad

Podrán ser asegurados y a efecto de que **La Compañía** mediante el presente Contrato de seguro pague las indemnizaciones detalladas en la descripción de cada una de las coberturas, todas aquellas personas entre los 18 y 64 años de edad.

Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado la que haya alcanzado en la fecha de expedición de la póliza.

La edad del Asegurado debe comprobarse presentando pruebas fehacientes a **La Compañía**, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que **La Compañía** efectúe el pago de cualquier beneficio.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato del seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, los Beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos sin ningún valor para el Asegurado, y **La Compañía** reintegrará al Asegurado el sesenta y cinco por ciento de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

1.9. Designación de Beneficiarios

Se entenderá como Beneficiario para cobrar el importe del seguro en caso de ocurrir alguno de los siniestros amparados por la presente póliza, a la persona o personas cuyos nombres estén anotados con tal carácter en la Carátula de la póliza. A menos que el Beneficiario hubiese sido designado con carácter irrevocable, el Asegurado podrá cambiarlo en cualquier momento, mediante solicitud escrita a **La Compañía** y exhibición de su póliza para su anotación. En caso de que el Asegurado no comunique por escrito oportunamente el cambio de Beneficiario, **La Compañía** pagará a los beneficiarios registrados en la póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones. El Beneficiario no adquiere ni transmite derecho alguno si fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado, salvo el caso de que hubiese sido designado con carácter irrevocable, de acuerdo con las disposiciones legales que al respecto existan.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de **La Compañía** la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato.

Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

1.10. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Asegurado o de **La Compañía**, se harán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en el momento que se generen.

1.11. Primas

- La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada cobertura contratada y vence en el momento de la celebración del Contrato.
- Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Asegurado.

- El Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.
- En caso de siniestro, **La Compañía** deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.
- La prima convenida podrá ser pagada por el Asegurado mediante cargos que efectuará **La Compañía** en la tarjeta de crédito con la periodicidad que el Asegurado haya seleccionado.
- En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de **La Compañía**, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.
- En tanto **La Compañía** no entregue el recibo de pago de primas, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

1.12. Renovación

En los casos donde se indique que la cobertura es "renovable", **La Compañía** renovará de forma automática la Póliza por uno o más periodos de seguro iguales al originalmente pactado, las primas y sumas aseguradas se incrementarán en la misma proporción en que se haya incrementado el Índice Nacional de Precios al Consumidor de enero a diciembre del año inmediato anterior al año de renovación de la póliza, de acuerdo a la publicación del Banco de México, el resto de los términos y condiciones en que fue contratada no sufren cambio, se aplicarán las tarifas vigentes en la fecha de renovación.

La renovación se realizará a menos que:

- La edad alcanzada por el Asegurado sea mayor a 65 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, o;
- **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. Indisputabilidad

La póliza no será disputable transcurridos los dos primeros años a partir de su expedición o de su última rehabilitación por omisiones o inexactas declaraciones contenidas en la solicitud de seguro, en el cuestionario médico o en todo aquel documento que forma parte de este contrato y que sirvan de base para la expedición de la Póliza, para su rehabilitación, para otorgar un incremento adicional en la suma asegurada o para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional no especificados en el contrato original.

En caso de incremento adicional de la suma asegurada, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que hubiere sido aceptado el incremento por parte de **La Compañía**. En este caso, la obligación de **La Compañía** se limitará al reembolso de la reserva matemática correspondiente a dicho incremento.

1.14. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado o de algún familiar 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 el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha del siniestro.

1.15. Notificación del Siniestro

Tan pronto como el Asegurado o el o los Beneficiarios, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá ponerlo en conocimiento de **La Compañía**.

El Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar aviso por escrito a **La Compañía**.

La falta de aviso a que se refieren los párrafos anteriores, no traerá como consecuencia el que se disminuya la prestación debida por **La Compañía** (Art. 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro); sin embargo, el plazo de 30 días que **La Compañía** tiene para dar respuesta al Asegurado acerca de la procedencia o no de su reclamación, se computará a partir del día siguiente en que el Asegurado o los Beneficiarios, hayan entregado a ésta toda la documentación e información que les sea requerida.

1.16. Comprobación del Siniestro

El Asegurado o el Beneficiario presentarán a **La Compañía**, además de las formas de aviso de siniestro que le sean entregadas por esta última, toda aquella documentación que sea necesaria y relativa a la comprobación del siniestro.

1.17. Información en Reclamaciones

La Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o a los beneficiarios toda la información necesaria con la periodicidad que se decida relativa a los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. (Art. 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.18. Pago del Seguro

La Compañía realizará los pagos establecidos en las coberturas de la póliza mediante el abono de los mismos en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza, misma que se indica en la carátula de la póliza.

1.19. Pago

La indemnización que proceda será pagada en apego con lo pactado en el contrato de seguro y dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que **La Compañía** haya recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento y la procedencia de la reclamación (Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.20. 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.

1.21. 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, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de

Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

1.22. 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 Sinistro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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**.

1.23. Entrega de Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en póliza, certificado individual cuando proceda, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivados del contrato celebrado a través de alguno de los siguientes medios:

- a) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, **La Compañía** proporcionará la documentación contractual al Contratante del seguro, a través de los siguientes medios:
 1. Físicamente en el momento de la contratación; y/o
 2. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o
 3. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación del seguro; y/o
 4. A través del portal de Internet, o cualquier otro medio que **La Compañía** establezca e informe al Asegurado o Contratante.
- b) Cuando la contratación del seguro sea realizada vía telefónica, Internet o por cualquier otro medio electrónico, el Asegurado o Contratante están de acuerdo que **La Compañía** empleará los siguientes medios de identificación:
 - Vía telefónica, mediante la grabación de venta y/o Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Cajero automático, mediante el Número de Identificación Personal (NIP).
 - Intranet institucional, mediante Código de Cliente asignado por Banco Santander.
 - Internet, mediante un número de Usuario y Password designado por el cliente.

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

El cargo que se realiza a la cuenta designada por el Asegurado para el cobro de las primas es el medio por el cual se hace constar la vigencia de la póliza.

- c) En caso de que por cualquier motivo, el Contratante no reciba su documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro o requiera un duplicado de su póliza, deberá llamar al centro de atención telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en el DF o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país.

Condiciones Generales

Security – Protección Oportuna Santander

- 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 5169 4300 en el DF o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país, donde se le asignará un folio, el cual deberá proporcionar al ejecutivo de la sucursal bancaria a efecto de aplicar la correspondiente cancelación, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación.
- e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en el DF o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país, donde se le asignará un folio con el cual se procederá a aplicar la cancelación solicitada, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación.
- f) El cliente puede consultar el estatus de su póliza en cualquier momento llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en el DF o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país, o acudiendo a una sucursal bancaria
- g) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la modificación de los datos que considere conveniente a través de un Endoso, el cual deberá tramitarse a través de una sucursal bancaria o bien, vía correo electrónico a la cuenta de segurosteatiende@santander.com.mx. El cliente podrá conocer el resultado de su solicitud comunicándose al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 5169 4300 en el DF o al 01 800 501 0000 lada sin costo desde el interior del país o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.
- h) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación, en caso de que el Asegurador o Contratante no deseen la renovación de su producto, deberán de comunicarlo por escrito a **La Compañía** en donde se exprese su deseo de no renovarla adjuntando copia de su identificación oficial, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor de 30 días naturales a la fecha de vencimiento de la póliza.
- i) Los documentos podrán ser enviados a **La Compañía** vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de **La Compañía**.

2. Definiciones

Para los efectos de este contrato de seguro, deberá entenderse cada una de las siguientes palabras de la forma que a continuación se señalan:

Asegurado

Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza, que ha quedado amparada bajo este contrato de seguro y es titular de la tarjeta de crédito, cuyos datos se indican en la carátula de la póliza.

Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo especificado en la presente Póliza.

Beneficiario

Persona designada por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios para la cobertura de fallecimiento del asegurado.

Beneficiario Preferente

La Institución Financiera. Esta figura operará para el resto de las coberturas contratadas que estén especificadas en la carátula de la póliza.

Contratante

Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre la cual recae la obligación del pago de las Primas y es responsable de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro. Para los efectos de esta póliza el Contratante es el Asegurado.

Cónyuge

Se considerará como cónyuge del asegurado a su esposa(o) legal.

Deducible

Tiempo que debe de transcurrir a partir de los siguientes eventos, con el fin de que los siniestros puedan ser cubiertos por el seguro:

- a) Fecha de ocurrencia del siniestro.
- b) El último pago del último siniestro pagado.

Evento

Hecho o serie de hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza que hayan originado una reclamación y esta haya procedido, teniendo como consecuencia el pago de una indemnización.

Familiar

Se entenderá como familiar a los padres, cónyuge e hijos del asegurado.

Hijo

Para efectos de esta póliza, se considerarán como hijos del Asegurado, aquellos cuya edad sea menor a 26 años.

La Institución Financiera

Banco Santander (México) S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Santander México.

Médico

Persona que conforme a las disposiciones legales vigentes, preste sus servicios como médico o profesional en el área de salud y que se encuentre legalmente facultado para ejercer la medicina.

Padecimientos preexistentes

Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad que exista con anterioridad a la fecha de contratación del seguro y las que:

- a) Por sus síntomas o signos, no pueden pasar inadvertidos;
- b) Que sean visibles o que con anterioridad a la celebración del contrato, un médico haya determinado su existencia mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo o que por su historia clínica o evolución natural de padecimiento un médico así lo determine;

- c) Que hayan sido diagnosticadas previamente por un médico o por institución de salud pública o privada.

Padre

Se trata del padre o la madre del Asegurado.

Período de espera

Tiempo que debe de transcurrir a partir del inicio de vigencia del contrato, para que surta efecto la cobertura.

Perito Médico

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

Resumen Clínico

Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete

Trabajadores Autónomos

Se refiere a todas aquellas personas físicas, profesionistas, industriales o comerciantes independientes auto empleadas que tengan ingresos fiscalmente comprobables, en el ejercicio correspondiente a la fecha de contratación de la póliza, derivados de dicha actividad. También serán consideradas aquellas personas físicas con Contrato de tiempo u obra determinado.

Trabajadores Formales

Se refiere a todas aquellas personas físicas con contrato definitivo de trabajo por tiempo indeterminado, que presten un servicio personal subordinado en una empresa legalmente constituida y que reciban un ingreso fijo. Están excluidos los empleados de Gobierno.

Tarjeta de Crédito

Para los efectos del presente contrato la "Tarjeta de Crédito" cubierta corresponderá a aquella tarjeta cuyo número de cuenta se indica en la carátula de la póliza en el apartado **"NÚMERO DE CUENTA DE LA TARJETA DE CREDITO CUBIERTA, BASE DE INDEMNIZACION"**

Saldo

Se define como el saldo total de la deuda sin incluir recargos, tales como intereses moratorios o por cualquier otro concepto diferente al capital prestado e intereses regulares, que debiera existir al cumplirse cabalmente con el plan de pagos periódicos de la deuda que el asegurado contrajo con La Institución Financiera. La suma asegurada máxima por este concepto, se especificará en la póliza.

Suma Asegurada

Se define como el monto a indemnizar contratado para cada una de las coberturas, el cual se especificará en la póliza.

3. Descripción de Beneficios y Coberturas

3.1. Cobertura Básica Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la póliza, **La Compañía** pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, especificada en la carátula de la póliza a los beneficiarios designados.

3.1.1. Elegibilidad

- a) Trabajadores Autónomos y Trabajadores Formales.
- b) La edad del Asegurado deberá estar comprendida en el rango indicado en la cláusula EDAD de las Condiciones Generales.

Coberturas Adicionales

Por medio de este seguro quedarán amparados cualquiera de los riesgos más adelante mencionados, y que se encuentren especificados en la carátula de la póliza.

3.2. Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Si el Asegurado sufriera una Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad de manera involuntaria, estando vigente el seguro, **La Compañía** pagará al Beneficiario Preferente, en una sola exhibición, una vez transcurrido el deducible de 6 meses y siempre y cuando persista la Incapacidad Total y Permanente, el Saldo correspondiente al estado de cuenta de su Tarjeta de Crédito, del periodo inmediato anterior a la fecha del siniestro. El límite máximo a pagar será el especificado en la carátula de la póliza.

3.2.1. Definición

La Incapacidad que sufra el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, que lo imposibilite para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. Para el caso de Trabajadores Formales se entenderá como Incapacidad Total y Permanente, cuando la incapacidad ya no les permita desempeñar de forma alguna la actividad que venían realizando para el patrón. Cuando la incapacidad se origine a consecuencia de una enfermedad, deberá de transcurrir un periodo de seis meses a partir de la fecha de la enfermedad que le dio origen a la misma.

Se entenderá también por Incapacidad Total y Permanente la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo. En estos casos no operará el deducible.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá por pérdida:

- De un pie, la anquilosis o la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa desde el tobillo (articulación tibio-tarsiana) o arriba de él (hacia la pierna).
- De una mano, la anquilosis o la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa desde la articulación de la muñeca (articulación carpo-metacarpiana) o arriba de ella (hacia el antebrazo).
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

3.2.2. Comprobación del estado de Incapacidad Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Incapacidad Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a **La Compañía**, además de lo establecido en la cláusula relativa a la comprobación del siniestro, el dictamen de Incapacidad Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total y Permanente, en caso de controversia se procederá según lo establecido en "Arbitraje Médico".

La Compañía podrá exigir que el Asegurado se someta a exámenes médicos, con objeto de verificar la existencia del estado de incapacidad a que se hace referencia en este apartado. Si el Asegurado se niega a dicha comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Incapacidad Total y Permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

El médico de la institución que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.

3.2.3. Elegibilidad

- a) Trabajadores Autónomos y Trabajadores Formales.
- b) La edad del Asegurado deberá estar comprendida en el rango indicado en la cláusula EDAD de las Condiciones Generales.

3.3. Incapacidad Total y Temporal por Accidente o Enfermedad

Si el Asegurado sufriera una Incapacidad Total y Temporal por accidente o enfermedad de manera involuntaria, estando vigente el seguro, **La Compañía** garantizará al beneficiario preferente el pago de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, especificada en la carátula de la póliza, la obligación máxima de **La Compañía** de esta cobertura queda limitada a la “Indemnización Máxima” especificada en la Carátula de la Póliza o hasta que el Médico dictamine que el Asegurado ha recuperado un estado de salud que le permita reincorporarse a sus actividades laborales habituales, lo que suceda primero.

El seguro no cubrirá adeudos generados por intereses moratorios o pagos vencidos no cubiertos.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 60 días y un deducible de 30 días.

3.3.1. Definición

Se entenderá por Incapacidad Total y Temporal la Incapacidad física temporal motivada por enfermedad o accidente que imposibilite al Asegurado a la realización de su trabajo habitual, y que sea dictaminada por un médico especialista y que no sea familiar directo del Asegurado o por la Seguridad Social, siendo requisito que la incapacidad declarada haya sido continua durante el período establecido como Deducible, contado a partir de que fue determinada y siempre y cuando la Incapacidad persista al término de este periodo, con excepción de Incapacidad Total y Temporal a consecuencia de accidente. El Asegurado deberá estar hospitalizado o permanecer constantemente en su domicilio por prescripción de un médico que no sea familiar directo del Asegurado, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Para comprobar la Incapacidad Total y Temporal se requiere presentar mensualmente Certificado Médico, debidamente cumplimentado y firmado por el especialista respectivo, acompañado de los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total y Temporal. Dicho certificado debe amparar la duración de la Incapacidad Total y Temporal durante el plazo del cual se está haciendo la reclamación.

En caso de haber hecho uso de este beneficio y agotarse el beneficio máximo especificado en la carátula de la póliza, deberán transcurrir los siguientes periodos para proceder a la reinstalación:

- En reclamos de Incapacidad Total y Temporal derivados de uno o varios eventos, un plazo de 30 días.
- En reclamos de Incapacidad Total y Temporal después de haber reclamado desempleo, el plazo será de 6 meses.

3.3.2. Elegibilidad:

- a) Ser Trabajador Autónomo
- b) La edad del Asegurado deberá estar comprendida en el rango indicado en la cláusula EDAD de las Condiciones Generales.

3.3.3. Exclusiones

No se considerará como Incapacidad Total y Temporal y, por lo tanto, **La Compañía no pagará indemnización alguna por aquellos siniestros que resulten de:**

- a) **El embarazo, parto o aborto así como los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad y los derivados de sus complicaciones.**
- b) **Como resultado de métodos o tratamientos para el control de la natalidad.**

- c) Dolores de espalda salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Total y Temporal.
- d) Si el Asegurado está gozando del beneficio de Desempleo Involuntario al declarársele la Incapacidad Total y Temporal.

3.4. Exclusiones (aplicables únicamente a las coberturas de Incapacidad)

No se considerará como Incapacidad y, por lo tanto, **La Compañía** no pagará indemnización alguna por aquellos siniestros que resulten de:

- a) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntaria o intencionalmente por el Asegurado, aún cuando al causárselas se encuentre en estado de enajenación mental.
- b) Las lesiones producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente, cuando sean a consecuencia de culpa grave del propio Asegurado.
- c) Los que ocurran en estado de enajenación mental, sonambulismo, o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actividad delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado preexistentes al inicio de la cobertura de la póliza, incluyendo el SIDA (VIH) o las enfermedades que se deriven de éstos, cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente póliza.
- e) Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aún cuando existan evidencias médicas.
- f) Las producidas por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra, y los ocasionados como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular, cuando el Asegurado hubiere participado como sujeto activo.
- g) Cuando el Asegurado participe directamente en competencias o pruebas de resistencia de vehículos de motor terrestre o acuáticas.
- h) Cuando el Asegurado conduzca motocicletas o motonetas, ya sean terrestres o acuáticas.
- i) Cuando el Asegurado practique ya sea profesional o eventualmente el paracaidismo, saltos en parapente o ala delta, viajes en globo aerostático, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- j) Accidentes que se originen por participar en actividades como: Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
- k) Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo habiendo sido prescrito por médico.

3.5. Enfermedades Graves

Si al Asegurado se le diagnostica por primera vez durante la vigencia de la póliza alguna de las Enfermedades Graves especificadas en este apartado. **La Compañía** pagará al Beneficiario Preferente, en una sola exhibición, el Saldo correspondiente al último estado de cuenta de su Tarjeta de Crédito, inmediato anterior a la fecha del siniestro. El límite máximo a pagar será el especificado en la carátula de la póliza. **Esta cobertura cuenta con un período de espera de 6 meses.**

En caso de proceder la indemnización de la presente cobertura, la misma se dará por cancelada para el resto de la vigencia de la póliza, así como para cualquier otro período de vigencia posterior. **La Compañía** realizará, en la fecha de renovación de la póliza, el ajuste de la prima del Seguro.

3.5.1. Elegibilidad

- a) Trabajadores Autónomos y Trabajadores Formales.
- b) La edad del Asegurado deberá estar comprendida en el rango indicado en la cláusula EDAD de las Condiciones Generales.

3.5.2. Definiciones

Para efectos de esta cobertura se considerarán las siguientes Enfermedades Graves:

- Infarto al Miocardio
- Accidente Vascular Cerebral
- Cáncer

Infarto al Miocardio

Consiste en la muerte o necrosis de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- Historial del típico dolor de pecho.
- La aparición de modificaciones recientes en el electrocardiograma.
- Exista insuficiencia cardíaca de grado IV.
- La elevación de las enzimas cardíacas en la sangre periférica por sobre los valores normales de laboratorio.
- La fracción de eyección ventricular izquierda menor de 45% (cantidad de sangre que expulsa el corazón) medida después de tres meses o más después del evento. Esta determinación debe ser obtenida por medios angiográficos, ecocardiográficos o de medicina nuclear.
- El infarto deberá haberse tratado en un hospital bajo vigilancia de un cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

Accidente Vascular Cerebral

Se refiere a cualquier accidente cerebro vascular de duración superior a 24 horas y que dé lugar a secuelas de disfunción neurológica permanente superior a 2 semanas.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando:

- Exista infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo.
- Exista una valoración por un neurólogo como mínimo 6 semanas después del suceso y que determine que no existan pruebas evidentes de la recuperación del problema neurológico.
- El Accidente vascular cerebral se hubiera tratado en un hospital y existan los registros de exámenes radiológicos (Tomografía Axial Computada y/o Resonancia Magnética).
- Se haya determinado neurológicamente que por fallo de la función cerebral caracterizado por falta de respuesta a cualquier estímulo, el Asegurado necesita el uso persistente y continuo de aparatos para soportar la vida.

Están excluidos:

- a) **Lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia**
- b) **La enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico**

- c) Los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles
- d) Las lesiones cerebrales provocadas por el uso del alcohol o drogas no prescritas por un médico.

Cáncer

Se refiere a la presencia de uno o más tumores malignos de clasificación internacional grado IV, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma) caracterizados por:

- Crecimiento incontrolado de tejidos normales.
- Dispersión de células malignas.
- Invasión y destrucción de tejidos normales.

El diagnóstico deberá ser hecho por un médico oncólogo que debe estar confirmado por análisis histológico.

Exclusiones

Los siguientes cánceres se encuentran excluidos de la cobertura de la póliza:

- a) Leucemia Linfocítica Crónica.
- b) Los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma in situ no invasivo (incluyendo la displasia cervical NCI-1, NCI-2, y NCI-3), o aquellos considerados por histología como pre-malignos.
- c) Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
- d) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
- e) Todos los tumores de piel, excepto melanomas malignos.
- f) Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
- g) El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- h) Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.

3.5.3. Exclusiones

No se considerarán como Enfermedades Graves y, por lo tanto, **La Compañía** no pagará indemnización alguna por aquellos siniestros que resulten de:

- a) Los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativa e infecciosas.
- b) Neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma “in situ” de cerviz uterino, vejiga, pólipos de recto y colon y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- c) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado preexistentes al inicio de la cobertura de la presente póliza, incluyendo el SIDA (VIH) o las enfermedades que se deriven de estos, cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente Póliza.

- d) **Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aún cuando existan evidencias médicas.**
- e) **Las producidas por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra, y los ocasionados como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.**
- f) **Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo, habiendo sido prescrito por un médico.**

3.6. Condiciones especiales para las coberturas de Incapacidad y Enfermedades Graves

3.6.1. Padecimientos Preexistentes

Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado.
- Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica.

- Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
- El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o, que se compruebe mediante la existencia de un Resumen Clínico 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 Resumen Clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, **La Compañía**, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

- Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, **La Compañía** podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de **La Compañía**, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. **La Compañía** acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante

este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

- En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución.
- El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.
- Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por **La Compañía**.

3.6.2. Arbitraje Médico

En caso de controversia entre las partes sobre el diagnóstico de la incapacidad, el beneficiario podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el beneficiario 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 las partes, hará el nombramiento del perito.

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

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

3.7. Fallecimiento de un familiar

Si durante la vigencia de la póliza se presenta el fallecimiento de un familiar del Asegurado, **La Compañía** indemnizará al beneficiario preferente la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, especificada en la carátula de la póliza.

La responsabilidad de **La Compañía** para esta cobertura queda limitada a la indemnización de un solo siniestro durante la vigencia de la póliza.

Para el caso de hijos menores de 12 años al momento del siniestro, el tope máximo a indemnizar corresponderá a dos veces el Salario Mínimo Anual Vigente en el Distrito Federal como concepto de gastos funerarios.

3.8. Desempleo Involuntario

Si el Asegurado quedara sin empleo de manera involuntaria, estando vigente el seguro, **La Compañía** garantizará al Beneficiario Preferente el pago de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, especificada en la carátula de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 60 días y un deducible de 30 días.

La obligación máxima de **La Compañía** de esta cobertura queda limitada a la “Indemnización Máxima” especificada en la carátula de la póliza o hasta que el Asegurado se reincorpore a sus actividades laborales, lo que suceda primero.

El asegurado debe haber estado sujeto a una o más relaciones de trabajo, de manera ininterrumpida, al menos los 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro. Se considerará como periodo ininterrumpido un lapso no mayor a 20 días naturales entre el término de una relación laboral formal y el inicio de la siguiente.

En caso de haber hecho uso de este Beneficio, deberán transcurrir 12 meses a partir del pago de la Suma Asegurada, para que ésta se reinstale; siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y el desempleo que se reclame sea derivado de un empleador diferente al que se haya pagado.

3.8.1. Definición

Se entenderá por Desempleo la situación en la que se encuentra el Asegurado cuando se extingue su relación laboral por cualquiera de las siguientes causas:

1. Por despido injustificado y por causas no previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo;
2. Por que se extinga la fuente de trabajo como consecuencia de muerte o incapacidad del patrón;
3. Por resolución judicial que declara la terminación de la relación laboral imputable al patrón;
4. Por pérdida definitiva de la fuente generadora del empleo debido a un desastre natural (terremoto, incendio, huracán, etc.)

3.8.2. Elegibilidad

- a) Ser trabajador Formal
- b) La edad del Asegurado deberá estar comprendida en el rango indicado en la cláusula EDAD de las Condiciones Generales.

3.8.3. Exclusiones

No se considerará como Desempleo Involuntario y, por lo tanto, **La Compañía** no pagará indemnización alguna cuando el Asegurado se encuentre en cualesquiera de los siguientes supuestos laborales:

- a) Cuando cese o renuncie voluntariamente en el trabajo, o el trabajador abandone la fuente de trabajo, o sea despedido por causa imputable al trabajador.
- b) Cuando su relación laboral se extinga por haber llegado el Asegurado a la edad en que pueda jubilarse ya sea por disposición de la ley, o por contrato de trabajo.
- c) Cuando su contrato se extinga por despido declarado legalmente procedente.
- d) Cuando su contrato se extinga por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- e) Cuando el contrato se extinga como consecuencia de programas anunciados (recorte de personal) por la parte patronal, previo a la fecha de contratación del seguro por parte del Asegurado.
- f) Participar en paros, disputas laborales o huelgas que sean declaradas ilegales o inexistentes por la autoridad laboral.

Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por desempleo involuntario en ninguno de los siguientes supuestos:

- a) Si se produce cualquier situación de desempleo o notificación de despido dentro del período de espera.
- b) Si el Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del patrón. Se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.
- c) Los trabajadores temporales y fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- d) Cuando se produzca la reinstalación de la fuente de trabajo y se paguen salarios caídos.

3.9. Matrimonio

La Compañía indemnizará, en una sola exhibición al asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se indica en la carátula de la póliza; para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Matrimonio del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia.

3.9.1. Definición

Se considera matrimonio al contrato celebrado ante los funcionarios que establece la legislación correspondiente a los Estados Unidos Mexicanos y con las formalidades que ella exige.

3.10. Divorcio

La Compañía indemnizará, en una sola exhibición al asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se indica en la carátula de la póliza, para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Divorcio del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia.

3.10.1. Definición

El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro celebrado ante los funcionarios que establece la legislación correspondiente a los Estados Unidos Mexicanos y con las formalidades que ella exige.

Se considera que el evento ha ocurrido una vez expedida la Sentencia o Declaración de Divorcio, por la autoridad competente.

3.11. Nacimiento de un hijo

La Compañía indemnizará, en una sola exhibición al asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se indica en la carátula de la póliza, para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de nacimiento de un hijo del Asegurado, durante la vigencia de la póliza. Esto siempre y cuando se presente dentro del territorio nacional.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 10 meses.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia.

3.12. Adopción de un hijo

La Compañía indemnizará, en una sola exhibición al asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se indica en la carátula de la póliza, para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de adopción de un menor por parte del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia.

3.12.1. Definición

La recepción como hijo, con los requisitos que establecen las leyes, al que no lo es naturalmente, a través de la resolución judicial definitiva que la autorice.

3.13. Mudanza Km 0

La Compañía indemnizará, en una sola exhibición al asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se indica en la carátula de la póliza, para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de mudanza km 0 del Asegurado, durante la vigencia de la póliza. Esto siempre y cuando se presente dentro del territorio nacional.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia.

3.13.1. Definición

El domicilio de las personas físicas es el lugar donde residen habitualmente. Se presume que una persona reside habitualmente en un lugar, cuando permanezca en él por más de seis meses. El domicilio legal de una persona física es el lugar donde la ley le fija su residencia para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones, aunque de hecho no esté allí presente. Cuando una persona tenga dos o más domicilios se le considerará domiciliada en el lugar en el que simplemente resida.

3.14. Titulación del asegurado o de un hijo

La Compañía indemnizará, en una sola exhibición al asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se indica en la carátula de la póliza, para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de titulación del Asegurado o hijos menores de 26 años, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia.

3.14.1. Definición

La obtención de un título académico de nivel licenciatura o superior emitido por una Institución Educativa legalmente constituida y reconocida dentro del país. Se excluyen las carreras técnicas.

• **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**

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

• **Datos de la CONDUSEF**

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

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>

Ley sobre el Contrato de Seguro

<http://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

<http://www.gob.mx/condusef/documentos/marco-legal-26548?idiom=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 02 de septiembre de 2009, con el número CNSF-S0018-0383-2009, BADI-S0018-0071-2010 de fecha 23/08/2010, CGEN-S0018-0180-2016 de fecha 11/11/2016, RESP-S0018-0378-2015 de fecha 09/04/2015, RESP-S0018-0204-2016 de fecha 20/06/2016, RESP-S0018-0033-2021 de fecha 28/10/2021 y CGEN-S0018-0032-2023 de fecha 04/04/2023 / CONDUSEF-000788-03.

¿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 02 de septiembre de 2009, con el número CNSF-S0018-0383-2009, BADI-S0018-0071-2010 de fecha 23/08/2010, CGEN-S0018-0180-2016 de fecha 11/11/2016, RESP-S0018-0378-2015 de fecha 09/04/2015, RESP-S0018-0204-2016 de fecha 20/06/2016, RESP-S0018-0033-2021 de fecha 28/10/2021 y CGEN-S0018-0032-2023 de fecha 04/04/2023 / CONDUSEF-000788-03.

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 de la suma asegurada contratada en su póliza conforme a los plazos indicados en sus Condiciones Generales, por eventos ocurridos dentro del período de gracia (período de tiempo durante el cual surten efectos las coberturas de la póliza en caso de siniestro, aunque no se haya pagado la prima en ese período). La prima pendiente de pago se descuenta de la suma asegurada a indemnizar.
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora, en caso de retraso en el pago de la suma asegurada.
- En caso de cancelación anticipada del seguro, tiene derecho a solicitar las primas no devengadas o el valor de rescate a la fecha efectiva de la cancelación, según aplique conforme a las Condiciones Generales del seguro.
- En caso de inconformidad con el tratamiento de su siniestro, puede presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

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

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

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

Contenido

1.1.	VIGENCIA	2
1.2.	EDAD.....	2
1.3.	PRIMAS.....	2
1.4.	RENOVACIÓN	2
Definiciones.....		3
2. Descripción de Beneficios y Coberturas		4
2.1.	MATRIMONIO	4
2.1.1.	DEFINICIÓN	4
2.2.	DIVORCIO.....	4
2.2.1.	DEFINICIÓN	4
2.3.	NACIMIENTO DE UN HIJO	4
2.4.	ADOPCIÓN DE UN HIJO	4
2.4.1.	DEFINICIÓN	5
2.5.	MUDANZA KM 0.....	5
2.5.1.	DEFINICIÓN	5
2.6.	TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO	5
2.6.1.	DEFINICIÓN	5

Seguros Santander, S.A., Grupo Financiero Santander, es La Compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, responsable de pagar las indemnizaciones del Contrato, denominada de aquí en adelante como **La Compañía**.

1. Cláusulas Generales

1.1. Vigencia

Cada cobertura contratada entra en vigor en la fecha de inicio de Vigencia especificada en la Póliza y continuará durante el plazo de seguro especificado en la carátula de la misma.

1.2. Edad

Podrán ser Asegurados y a efecto de que **La Compañía** mediante el presente contrato de seguro pague las indemnizaciones detalladas en la descripción de cada una de las coberturas, todas aquellas personas entre los 18 y 64 años de edad.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado la que haya alcanzado en la fecha de expedición de la póliza.

La edad del Asegurado debe comprobarse presentando pruebas fehacientes a **La Compañía**, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que **La Compañía** efectúe el pago de cualquier beneficio.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato del seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, los Beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos sin ningún valor para el Asegurado, y **La Compañía** reintegrará al Asegurado el sesenta y cinco por ciento de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

1.3. Primas

La Compañía concede los beneficios descritos en las presentes condiciones mediante la obligación de pagar una prima adicional, la cual se sumará a la prima total de la Póliza.

Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Asegurado.

1.4. Renovación

En los casos donde se indique que la cobertura es "renovable", La Compañía renovará de forma automática la Póliza por uno o más periodos de seguro iguales al originalmente pactado, las primas y sumas aseguradas se incrementarán en la misma proporción en que se haya incrementado el Índice Nacional de Precios al Consumidor de enero a diciembre del año inmediato anterior al año de renovación de la póliza, de acuerdo a la publicación del Banco de México, el resto de los términos y condiciones en que fue contratada no sufren cambio, se aplicarán las tarifas vigentes en la fecha de renovación.

La renovación se realizará a menos que:

- La edad alcanzada por el Asegurado sea mayor a 65 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, o;
- 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.

Definiciones

Para los efectos de este contrato de seguro, deberá entenderse cada una de las siguientes palabras de la forma que a continuación se señalan:

Asegurado

Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza, que ha quedado amparada bajo este contrato de seguro y es titular de la tarjeta de crédito, cuyos datos se indican en la carátula de la póliza.

Beneficiario Preferente

La Institución Financiera emisora de la Tarjeta de Crédito en términos de lo especificado en la póliza.

Hijo

Para efectos de esta póliza, se considerarán como hijos del Asegurado, aquellos cuya edad sea menor a 26 años.

Período de espera

Tiempo que debe de transcurrir a partir del inicio de vigencia del contrato, para que surta efecto la cobertura.

Suma Asegurada

Es el monto a indemnizar contratado para cada una de las coberturas, el cual se especificará en la póliza.

Tarjeta de Crédito

Para los efectos del presente contrato la "Tarjeta de Crédito" cubierta corresponderá a aquella tarjeta cuyo número de cuenta se indica en la carátula de la póliza en el apartado **"NÚMERO DE CUENTA DE LA TARJETA DE CREDITO CUBIERTA, BASE DE INDEMNIZACION"**

2. Descripción de Beneficios y Coberturas

2.1. Matrimonio

La **Compañía** indemnizará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza contratada para esta cobertura, mediante el abono de la misma en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Matrimonio del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

2.1.1. Definición

Se considera matrimonio al contrato celebrado ante los funcionarios que establece la legislación correspondiente a los Estados Unidos Mexicanos y con las formalidades que ella exige.

2.2. Divorcio

La **Compañía** indemnizará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza contratada para esta cobertura, mediante el abono de la misma en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Divorcio del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

2.2.1. Definición

El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro celebrado ante los funcionarios que establece la legislación correspondiente a los Estados Unidos Mexicanos y con las formalidades que ella exige.

Se considera que el evento ha ocurrido una vez expedida la Sentencia o Declaración de Divorcio, por la autoridad competente.

2.3. Nacimiento de un hijo

La **Compañía** indemnizará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza contratada para esta cobertura, mediante el abono de la misma en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Nacimiento de un Hijo del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 10 meses.

2.4. Adopción de un hijo

La **Compañía** indemnizará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza contratada para esta cobertura, mediante el abono de la misma en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Adopción de un Hijo por parte del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 10 meses.

2.4.1. Definición

La recepción como hijo, con los requisitos que establecen las leyes, al que no lo es naturalmente, a través de la resolución judicial definitiva que la autorice.

2.5. Mudanza Km 0

La Compañía indemnizará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza contratada para esta cobertura, mediante el abono de la misma en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de Mudanza Km. 0 del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

2.5.1. Definición

El domicilio de las personas físicas es el lugar donde residen habitualmente. Se presume que una persona reside habitualmente en un lugar, cuando permanezca en él por más de seis meses. El domicilio legal de una persona física es el lugar donde la ley le fija su residencia para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones, aunque de hecho no esté allí presente. Cuando una persona tenga dos o más domicilios se le considerará domiciliada en el lugar en el que simplemente resida.

2.6. Titulación del asegurado o de un hijo

La Compañía indemnizará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza contratada para esta cobertura, mediante el abono de la misma en la cuenta corriente en la que el Asegurado satisface las cuotas de la Tarjeta de Crédito amparada por esta Póliza para brindar un apoyo en los gastos que pudiere tener el Asegurado en caso de titulación del Asegurado o de sus hijos menores de 26 años, durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura cuenta con un Periodo de espera de 6 meses.

2.6.1. Definición

La obtención de un título académico de nivel licenciatura o superior emitido por una Institución Educativa legalmente constituida y reconocida dentro del país. Se excluyen las carreras técnicas.

La responsabilidad de La Compañía durante la vigencia de la póliza será únicamente sobre la primera ocurrencia para cada cobertura.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0018-0071-2010 de fecha 23/08/2010 / CONDUSEF-000788-02.

REGISTRO ESPECIAL
"ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS A LA LEY DE
INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y A LA
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO"

APLICABLE A LA
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DE LOS
PRODUCTOS DE VIDA

De conformidad con lo previsto por la Disposición Sexta Transitoria de la Circular Única de Seguros y Fianzas, las instituciones están obligadas a modificar el registro de los productos de seguro que comercialicen a la entrada en vigor de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a fin de sustituir las referencias hechas en los mismos a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por las que correspondan a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, pudiendo cumplir con tal obligación mediante un registro especial.

A continuación se presenta para su registro, la actualización de las referencias legales de los de siguientes productos:

Ingreso Familiar Seguro	CNSF-S0018-0027-2013
Security	CNSF-S0018-0383-2009 y BADI-S0018-0071-2010
Producto Básico Estandarizado de Vida Individual	CNSF-S0018-0362-2009
PPI – Seguro de Protección de Pagos	CNSF-S0018-0168-2008
Seguro de Grupo Vida Empresarial	CNSF-S0018-0663-2010

1. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**. 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. "

AHORA DIRÁ:

"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. "

2. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

Artículo 135 BIS de La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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 a 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 empresa de seguros 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. 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 este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- III. 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;
- IV. 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- V. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun 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

AHORA DIRA:

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

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

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos

derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

3. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____.

AHORA DIRÁ:

“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 __ de _____ de _____, con el número _____.

Vida Select	CNSF-S0018-0613-2014
-------------	----------------------

1. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

"En caso de que La Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que 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, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual, con fundamento en el **Artículo 135-bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, el cual determina 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 al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II anteriores, 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. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II anteriores y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias. 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 deberán ser cubiertas por La Compañía sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá

condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones anteriores, y VIII. Si La Compañía, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

AHORA DIRÁ:

En caso de que La Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que 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, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual, con fundamento en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, el cual determina lo siguiente:

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

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la

obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos

ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Servicios Financieros de La Compañía, o b) 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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**.

En caso de que se hayan dejado a salvo los derechos del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, éstos podrán hacerlos valer ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados Tribunales.

En el supuesto de que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario así lo determinen, podrán hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la Cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales de la Póliza.

AHORA DIRÁ:

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Servicios Financieros de La Compañía, o b) 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**.

En caso de que se hayan dejado a salvo los derechos del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, éstos podrán hacerlos valer ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados Tribunales.

En el supuesto de que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario así lo determinen, podrán hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la Cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales de la Póliza.

3. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____.

Seguro de Vida Individual	CNSF-S0018-0152-2004
Protección Familiar Santander Serfin	CNSF-S0018-0160-2004
Acceso Seguro	CNSF-S0018-0179-2004

1. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____.

Ingreso Familiar Santander	CNSF-S0018-0029-2013
Vida Facil	CNSF-S0018-0883-2010
Vida Fácil – Exclusiones	CNSF-S0018-0003-2011
Seguro de Grupo de Deudores 2014	CNSF-S0018-0013-2014
Seguro de Vida Grupo Tu Carrera	CNSF-S0018-0606-2013

1. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**. 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. "

AHORA DIRÁ:

"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."

2. LEYENDA DE REGISTRO

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____."

Seguro Vida Ahorro	CNSF-S0018-0176-2012
IVS Inversión Vida Santander	CNSF-S0018-0336-2012

1. LA CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DECÍA:

"El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente al(los) Beneficiario(s) siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a **La Compañía**, indicando el nombre del(los) nuevo(s) Beneficiario(s) y remitiendo la Póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **La Compañía** pagará al(los) último(s) Beneficiario(s) de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del(los) Beneficiario(s), haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a **La Compañía** y conste en la Póliza, como lo previene el **Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, la Suma Asegurada o el Fondo Acumulado se pagará a la sucesión 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.

Tanto el monto de la Suma Asegurada como el Fondo Acumulado derivados de este Contrato serán pagados al(los) Beneficiario(s) que resulte(n) serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Advertencia:

En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no 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 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 o Fondo Acumulado."

AHORA DIRÁ:

"El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente al(los) Beneficiario(s) siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a **La Compañía**, indicando el nombre del(los) nuevo(s) Beneficiario(s) y remitiendo la Póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **La Compañía** pagará al(los) último(s) Beneficiario(s) de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del(los) Beneficiario(s), haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a **La Compañía** y conste en la Póliza, como lo previene el **Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, la Suma Asegurada o el Fondo Acumulado se pagará a la sucesión 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.

Tanto el monto de la Suma Asegurada como el Fondo Acumulado derivados de este Contrato serán pagados al(los) Beneficiario(s) que resulte(n) serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Advertencia:

En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no 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 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 o Fondo Acumulado."

2. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**. 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."

AHORA DIRÁ:

"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."

3. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

Artículo 135 BIS de La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

"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 a 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 empresa de seguros 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. 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 este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- III. 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;
- IV. 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- V. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun 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."

AHORA DIRA:

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

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

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. LA CLÁUSULA DE CESIÓN SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA CLÁUSULA DE CESIÓN DECÍA:

"Esta póliza es nominativa y sólo podrá ser cedida en los términos de los **artículos 154 y 156 de la Ley Sobre el Contrato** de Seguro mediante declaración por escrito de ambas partes y notificadas por escrito a **La Compañía** ."

AHORA DIRÁ:

"Esta póliza es nominativa y sólo podrá ser cedida en los términos de los **artículos 165 y 167 de la Ley Sobre el Contrato** de Seguro mediante declaración por escrito de ambas partes y notificadas por escrito a **La Compañía** ."

5. LA DEFINICIÓN DE CONTRATANTE SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA DEFINICIÓN DE CONTRATANTE DECÍA:

"Es aquella persona física, que lleva con **La Compañía** la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que lo contrata para terceras personas. El contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el **artículo 159 de la Ley sobre el Contrato del Seguro**."

AHORA DIRÁ:

"Es aquella persona física, que lleva con **La Compañía** la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que lo contrata para terceras personas. El contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el **artículo 170 de la Ley sobre el Contrato del Seguro**."

6. LA LEYENDA DE REGISTRO SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

“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 ____ de _____ de _____, con el número _____.”

Vida Grupo Protección Médica Advance	CNSF-S0018-0453-2014

1. LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO DECÍA:

"Si **La Compañía** no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una Indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**"

AHORA DIRÁ:

"Si **La Compañía** no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una Indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.**"

2. LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE COMPETENCIA DECÍA:

"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 **136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.** 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. "

AHORA DIRÁ:

"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."

3. LA CLÁUSULA DE EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN DECÍA:

De conformidad con la **Octava** de las **Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas** de Seguros será obligación del Contratante el conservar el expediente (datos y documentos) de las personas aseguradas señaladas, el cual estará a Disposición de **La Compañía** en caso de ser requerido por autoridad competente dentro del término que se le conceda a ésta última.

AHORA DIRÁ:

De conformidad con la **Décima Primera** de las **Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** será obligación del Contratante el conservar el expediente (datos y documentos) de las personas aseguradas señaladas, el cual estará a Disposición de **La Compañía** en caso de ser requerido por autoridad competente dentro del término que se le conceda a ésta última.

4. LA CLÁUSULA DE EDAD SE MODIFICARÁ COMO SIGUE:

LA CLÁUSULA DE EDAD DECÍA:

"De conformidad con lo dispuesto en el **artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se aplicarán las siguientes reglas:

- Si el Asegurado declara inexactamente su edad, pero está dentro de los límites de aceptación fijados, tendrá plena cobertura de seguros conforme a las condiciones contratadas.
- Si el Asegurado declara inexactamente su edad y se comprueba que estaba fuera de los límites de aceptación de edad, la cobertura dejara de tener efectos y la obligación de la Aseguradora se reducirá al pago de la reserva matemática.
- Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza/Certificado.
- La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente **La Compañía**."

AHORA DIRÁ:

"De conformidad con lo dispuesto en el **artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se aplicarán las siguientes reglas:

- Si el Asegurado declara inexactamente su edad, pero está dentro de los límites de aceptación fijados, tendrá plena cobertura de seguros conforme a las condiciones contratadas.
- Si el Asegurado declara inexactamente su edad y se comprueba que estaba fuera de los límites de aceptación de edad, la cobertura dejara de tener efectos y la obligación de la Aseguradora se reducirá

al pago de la reserva matemática.

- Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza/Certificado.
- La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente **La Compañía.**"

5. LA LEYENDA DE REGISTRO SE MODIFICARÁ COMO SE INDICA.

LA LEYENDA DE REGISTRO DECÍA:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos **36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, bajo el registro número CNSF _____ de fecha _____ de _____."

AHORA DIRÁ:

"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 ____ de _____ de _____, con el número _____."

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 09 de abril de 2015, con el número RESP-S0018-0378-2015 / CONDUSEF-000788-03.

REGISTRO ESPECIAL

"ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL POR DISPOSICIÓN DE CARÁCTER GENERAL EN MATERIA DE SANAS PRÁCTICAS, TRANSPARENCIA Y PUBLICIDAD APLICABLES A LAS INSITUACIONES DE SEGUROS"

APLICABLE AL PORTAFOLIO DE PRODUCTOS RAMO VIDA DE
ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO

De conformidad con las **DISPOSICIONES de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad**, las instituciones de seguros están obligadas a revisar, ordenar o en su caso modificar los modelos de contratos de adhesión y los documentos que se utilizan para informar al Usuario de servicios financieros sobre el estado que guardan las operaciones relacionadas con el servicio que éste haya contratado, buscando en todo momento la adecuada protección del público.

A fin de cumplir con estas disposiciones, sometemos a registro especial las siguientes modificaciones a los contratos de adhesión de la operación Vida productos que hoy se comercializan en Zurich Santander Seguros México

1. EN LA **SOLICITUD** DE LA PÓLIZA SE INCORPORAN LAS SIGUIENTES LEYENDAS:

- **Sugerimos consultar las limitaciones y/o exclusiones del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual que podrá consultar en www.zurichsantander.com.mx**
- Inclusión en la parte inferior derecha del recuadro “COBERTURAS”, del significado de las abreviaturas contenidas en este formato.
- **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**
Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 0530, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.
- Se incluirá en la parte inferior izquierda de los contrato de adhesión la leyenda “RECAS” a manera de incluir posteriormente el número de registro otorgado por la CONDUSEF

2. EN LA **CARATULA** DE LA PÓLIZA SE INCORPORAN LAS SIGUIENTES LEYENDAS:

- **Sugerimos consultar las limitaciones y/o exclusiones del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual que podrá consultar en www.zurichsantander.com.mx**
- **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**
Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 0530, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.
- **CONDUSEF**
Insurgentes Sur #762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F., Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Página web: <http://www.condusef.gob.mx>
Teléfonos 01 800 999 8080 o 5340 0999
- Se incluirá en la parte inferior izquierda de los contrato de adhesión la leyenda “RECAS” a manera de incluir posteriormente el número de registro otorgado por la CONDUSEF

- Inclusión en la parte inferior derecha del recuadro “COBERTURAS”, del significado de las abreviaturas contenidas en este formato.
- 3. EN LAS **CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA** SE INCORPORAN LAS SIGUIENTES LEYENDAS:
 - Se incluirá en la parte inferior izquierda de los contrato de adhesión la leyenda “RECAS” a manera de incluir posteriormente el número de registro otorgado por la CONDUSEF
 - **UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**
Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 0530, México, Ciudad de México. Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.
 - **Datos de la CONDUSEF**
Insurgentes Sur #762, planta baja, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F., Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Página web: <http://www.condusef.gob.mx>
Teléfonos 01 800 999 8080 o 5340 0999
 - Los artículos citados en las presentes condiciones generales, pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

Ley sobre el Contrato de Seguro
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

A efecto de dar cumplimiento al artículo 11 fracción IV, se aclara que las abreviaturas de uso no común mencionadas en las condiciones generales contienen su significado inmediato a su cita, por lo que no se considera necesario indicar el lugar donde podrá consultarlo.

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 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0018-0204-2016 / CONDUSEF-000788-03.

REGISTRO DE CLÁUSULA DE CARACTER GENERAL

Con fundamento en lo previsto por la Disposición 4.1.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, se solicita el registro de la siguiente cláusula de carácter general para la operación de **Vida** en los siguientes términos:

CLÁUSULA COMPLEMENTARIA A LA DE CARENCIA DE RESTRICCIONES.

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

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

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **Zurich Santander Seguros México, S.A.** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Noviembre de 2016, con el número CGEN-S0018-0180-2016 / CONDUSEF-000788-03.

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

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

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

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

términos de ley.

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 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