



**POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO  
GENERAL O DE MERCADO**

---

**INDICE**

<b>I. CLÁUSULAS GENERALES</b>	<b>5</b>
1ª: DEFINICIONES.	5
2ª: CONTRATO.	5
3ª: GRUPO ASEGURABLE.	5
4ª: GRUPO ASEGURADO.	5
5ª: INGRESOS POSTERIORES AL GRUPO ASEGURADO.	5
6ª: OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.	6
7ª: DISPUTABILIDAD.	6
8ª: SUICIDIO.	6
9ª: MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.	6
10ª: CAMBIO DE CONTRATANTE.	7
11ª: CARENCIA DE RESTRICCIONES.	7
12ª: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	7
13ª: CERTIFICADOS INDIVIDUALES.	8
14ª: REGISTRO DE ASEGURADOS.	8
15ª: REPORTE DE MOVIMIENTOS.	8
16ª: DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO.	8
17ª: CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS.	9
18ª: SUMA ASEGURADA.	9
19ª: AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.	9
20ª: PRIMA.	9
21ª: RENOVACIÓN.	10
22ª: REHABILITACION.	10
23ª: RECLAMACIONES.	10

24ª: INDEMNIZACIÓN	11
25ª: EDAD.	11
26ª: PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES	11
27ª: OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE.	12
28ª: SISTEMA AUTOADMINISTRADO.	12
29ª COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.	13
30ª: INDEMNIZACIÓN POR MORA.	13
31ª: VIGENCIA.	13
32ª: PRESCRIPCIÓN.	13
33ª: MONEDA.	14
34ª: COMPETENCIA.	14
35ª COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS.	14
36ª PROTECCIÓN DE DATOS	14
37ª OFAC	15
<b>II. COBERTURAS.</b>	15
1: BÁSICA POR MUERTE.	15
2: COBERTURAS ADICIONALES.	15
3: DEFINICIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS ADICIONALES.	16
4. COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE	17
4.1. MUERTE ACCIDENTAL.	17
4.2 MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA.	17
4.3 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.	17
4.4 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA.	17
4.5 PÉRDIDAS ORGÁNICAS.	18
4.6. TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "A".	18
4.7. TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "B"	19
4.8 EXCLUSIONES.	20
5. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ.	21
5.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.	21
5.2. BENEFICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.	21
5.3. SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.	21
5.4. SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AJUSTABLE.	21

5.5. PRUEBAS PARA COMPROBAR EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.	21
5.6 CANCELACIÓN AUTOMÁTICA.	22
5.7. EXCLUSIONES.	22
6. BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES: ÚLTIMOS GASTOS.	23
6.1. MONTO DEL ANTICIPO.	23
6.2. PERIODO DE ESPERA.	23
6.3 ENFERMEDAD TERMINAL.	23
6.4 ENFERMEDADES CUBIERTAS.	23
6.5. REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA	24
6.6. PRUEBAS.	24
6.7. EXCLUSIONES.	25
7 BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS.	26
8 COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.	26

## **I.- CLÁUSULAS GENERALES**

**1ª: DEFINICIONES.** Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro.

**CONTRATANTE.** A la persona física o moral que celebre el contrato de Seguro de Grupo con la COMPAÑÍA;

**ASEGURADO.** Cada uno de los miembros del GRUPO ASEGURADO, sujeto a los riesgos amparados por la póliza respectiva.

**ASEGURADORA Y/O COMPAÑÍA.** ZURICH ASEGURADORA MEXICANA SA DE CV

**INTEGRANTE.** A cualquier persona que forme parte del Grupo;

**CERTIFICADO.** A los certificados individuales de seguro de grupo;

**DIVIDENDOS.** Al monto que corresponda al CONTRATANTE o al ASEGURADO, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, en pólizas con participación de beneficios por utilidades realizadas;

**GRUPO.** A cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro;

**SEGURO DE GRUPO.** Al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo contra riesgos propios de la operación de vida prevista en los artículos 25 fracción I y 27 fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**BENEFICIARIOS.** Las personas que reciban el BENEFICIO amparado por las diferentes coberturas contratadas, en caso de la realización del siniestro.

**BENEFICIO.** Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza.

**REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO:** Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

**2ª: CONTRATO.** Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos y certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la Institución, el cual sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del CONTRATANTE, y un endoso autorizado por la Institución.

**3ª: GRUPO ASEGURABLE.** Está constituido por el conjunto de personas que pertenezcan al grupo que represente el CONTRATANTE y que reúna los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo.

**4ª: GRUPO ASEGURADO.** El Grupo Asegurado es el conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Institución por conducto del CONTRATANTE, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Institución. Los integrantes del Grupo que sean empleados de la CONTRATANTE, deberán encontrarse en servicio activo y no estar tramitando ninguna incapacidad o invalidez al momento de la contratación de la Póliza.

**5ª: INGRESOS POSTERIORES AL GRUPO ASEGURADO.** Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la COMPAÑÍA, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**6ª: OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.** EL CONTRATANTE y LOS ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a LA COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Las respuestas del ASEGURADO a su cuestionario respectivo no han sido consideradas para la selección de riesgo, ya que el contrato se suscribe sin examen médico (con la excepción expresa consignada en la cláusula 5ª) sin embargo, el ASEGURADO se encuentra obligado a responder dicho cuestionario en forma fidedigna, toda vez que cualquier omisión o inexacta declaración en el mismo, lo hará disputable en los términos de la cláusula 7ª.

**7ª: DISPUTABILIDAD.** Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que proporcione el CONTRATANTE y LOS ASEGURADOS para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

En caso de rehabilitación de la póliza o de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que dicha rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes el Contrato será indisputable por omisiones e inexactas declaraciones.

**8ª: SUICIDIO.** En caso de muerte por suicidio del ASEGURADO ocurrido **dentro del primer año de vigencia** continua del Certificado Individual, contado a partir de su fecha de emisión o, en su caso, de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del ASEGURADO, la Compañía no estará obligada al pago de la suma asegurada. La Compañía sólo estará obligada a devolver la parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual.

**9ª: MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.** Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito mediante endoso o cláusula adicional, y sean hechas por funcionarios de LA COMPAÑÍA autorizados expresamente para ello y cuenten con el registro la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Todas las notificaciones del CONTRATANTE o de los ASEGURADOS a LA COMPAÑÍA deberán hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, el cual se indica en la carátula de la póliza. En consecuencia, queda entendido que los agentes de la Institución no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la Institución los autorice especialmente para ello; en este caso, se dará aviso oportuno al CONTRATANTE, de dicha autorización.

“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 se 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. Este derecho se hace extensivo al CONTRATANTE.

**10ª: CAMBIO DE CONTRATANTE.** Cuando hay un cambio de CONTRATANTE en los seguros de grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo CONTRATANTE. En cualquier caso, la COMPAÑÍA reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apéandose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo..

**11ª: CARENCIA DE RESTRICCIONES.** El presente contrato no está sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, ocupación o viajes y en general al género de vida de los ASEGURADOS, salvo las restricciones que se encuentren estipuladas en los Beneficios Adicionales, en caso de que se hayan contratado.

**12ª: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.** En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- a) Cada miembro del grupo es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.
- b) En cualquier momento, el ASEGURADO podrá revocar la designación de BENEFICIARIOS, dando aviso por escrito a LA COMPAÑÍA, sobre su decisión y remitirá su Certificado para la anotación correspondiente.
- c) En caso de que el ASEGURADO haya notificado uno o más cambios de BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA solo tomará en cuenta el último del que haya tenido conocimiento expreso.
- d) Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Institución paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- e) El derecho de revocación cesará cuando el ASEGURADO haga renuncia de él, haciéndolo constar en el CERTIFICADO correspondiente, comunicándolo al beneficiario y a LA COMPAÑÍA por escrito.
- f) El CONTRATANTE podrá ser designado beneficiario únicamente cuando el objeto del seguro sea; garantizar créditos concedidos por el CONTRATANTE o bien prestaciones legales voluntarias o contractuales a cargo del mismo, en el entendido de que el CONTRATANTE solo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente; garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales; o resarcir al CONTRATANTE de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.
- g) Los BENEFICIARIOS designados tendrán acción directa para cobrar a LA COMPAÑÍA la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.
- h) En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere BENEFICIARIOS designados o hubieren desaparecido, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del ASEGURADO.

**13ª: CERTIFICADOS INDIVIDUALES.** La Institución expedirá y enviará al CONTRATANTE, para que éste los entregue a los ASEGURADOS, certificados individuales que expresarán los siguientes datos:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la COMPAÑÍA
- b) Firma del funcionario autorizado de la COMPAÑÍA;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del CONTRATANTE;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del ASEGURADO;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo.
- j) En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento de Seguro de Grupo.

En caso de tratarse de una póliza Autoadministrada será obligación del CONTRATANTE hacer del conocimiento del ASEGURADO la información antes mencionada. En todos los casos, el ASEGURADO podrá solicitar a la COMPAÑÍA el Certificado correspondiente.

**14ª: REGISTRO DE ASEGURADOS.** La COMPAÑÍA llevará un Registro de Asegurados en el que consten por lo menos, los siguiente datos: Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo; Suma asegurada o regla para determinarla; Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo; Operación y plan de seguros de que se trate; Número de Certificado individual; Coberturas amparadas. A solicitud del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA deberá entregarle copia de este registro.

**15ª: REPORTE DE MOVIMIENTOS.** EL CONTRATANTE debe de reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha que ocurran, salvo convenio específico.

Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de LA COMPAÑÍA, conforme a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta póliza, dejando de pertenecer al GRUPO ASEGURADO, y los BENEFICIOS para ellas cesarán desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la COMPAÑÍA restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En caso de que se haya contratado la cobertura de SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE y la causa de la baja sea por motivo del riesgo cubierto por esta cobertura, sus efectos se iniciarán conforme a lo previsto específicamente.

**16ª: DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO.** Únicamente cuando el Seguro de Grupo contratado tenga por objeto otorgar una Prestación Laboral, a cargo del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del GRUPO ASEGURADO, en cualquier plan de seguro individual que opere, con excepción del Seguro Temporal, sin incluir Beneficio adicional alguno y siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de LA COMPAÑÍA.

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a LA COMPAÑÍA dentro de los 30 días naturales a partir de su separación.



La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de LA COMPAÑÍA, considerando la edad alcanzada del ASEGURADO al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la LA COMPAÑÍA la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

**17ª: CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS.** Los miembros del GRUPO ASEGURADO podrán contribuir al pago de la prima.

Cuando el miembro del GRUPO ASEGURADO no cubra al CONTRATANTE la parte de la prima que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo a LA COMPAÑÍA.

**18ª: SUMA ASEGURADA.** Es la cantidad que resulta de aplicar la regla para determinar la suma asegurada, teniendo como límite máximo la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas. Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos: es la cantidad máxima por la que esta asegurado cada miembro del grupo sin presentar requisitos médicos. En caso de que la CONTRATANTE requiera para alguno o varios ASEGURADOS una Suma Asegurada que exceda la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos contratada, deberá solicitarlo a la COMPAÑÍA y esta comunicara por escrito cuales son las pruebas médicas que deberán presentarse. Una vez presentadas y analizadas las pruebas médicas, la COMPAÑÍA informará por escrito a la CONTRATANTE, en su caso, la aceptación de la Suma Asegurada en exceso a la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos, aceptada para cada una de las coberturas.

**19ª: AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.** Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, LA COMPAÑÍA, pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla para determinar la suma asegurada en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, LA COMPAÑÍA por su propio derecho, o a la solicitud del CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, substituyendo el Certificado.

En uno u otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

**20ª: PRIMA.** La prima a cargo del ASEGURADO se regirá conforme a las siguientes reglas:

- a) La prima del grupo deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada una de los ASEGURADOS, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.
- b) La prima vence en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año. Para los efectos de este contrato se entenderá como fecha de celebración del contrato la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza..
- c) La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el CONTRATANTE ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el CONTRATANTE o ASEGURADO y la COMPAÑÍA a la fecha de celebración del contrato.
- d) El CONTRATANTE o ASEGURADO gozará de un periodo de espera o plazo de gracia, de 30 días naturales contados a partir del vencimiento de la prima, para liquidar la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades.
- e) Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día

del período de espera convenido, si el CONTRATANTE o ASEGURADO no hubiese cubierto el total de la prima o de la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades.

Las horas señaladas en este inciso serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.

La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente.

- f) En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y siempre que este transcurriendo el periodo de espera, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al beneficiario, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.
- g) La obligación del pago de primas será del CONTRATANTE.
- h) En caso de alta o baja de ASEGURADOS, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, LA COMPAÑÍA cobrará o devolverá al CONTRATANTE la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

**21ª: RENOVACIÓN.** La COMPAÑÍA podrá renovar el Contrato de Seguro de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas. .

Es indispensable también que el CONTRATANTE solicite dicha renovación a más tardar dentro de los 30 días anteriores a la terminación de vigencia del contrato anterior.

**22ª: REHABILITACION.** No obstante lo dispuesto en la cláusula 20ª PRIMAS, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

- a) La CONTRATANTE, deberá solicitar por escrito la REHABILITACIÓN dentro de los 30 días siguientes al momento en que cesó sus efectos el contrato por falta de pago de primas, en términos de lo dispuesto por la cláusula 20ª.
- b) Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación el grupo deberá reunir el requisito de número de miembros pactado en la carátula de la póliza y los requisitos que señala el Reglamento del Seguro de Grupo.
- c) El CONTRATANTE, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la COMPAÑÍA el importe de la prima o primas vencidas.
- d) La CONTRATANTE, en caso de considerarlo procedente, emitirá el Endoso de Rehabilitación, señalando el día y hora a partir del cual surtirá efectos la misma..
- e) El lapso comprendido entre el momento en que el contrato cesó en sus efectos por falta de pago de primas y el momento en que se rehabilite a través del endoso respectivo, se considerará periodo al descubierto y en ningún caso la Compañía responderá por un siniestro ocurrido durante el mismo.

**23ª: RECLAMACIONES.** Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a LA COMPAÑÍA, dentro de los 5 días siguientes a su realización.

El reclamante, a su costo, presentará a LA COMPAÑÍA, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genere, en su caso, la obligación y el derecho de quien solicite el pago.

LA COMPAÑÍA, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costo, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del CONTRATANTE, del ASEGURADO, o de sus BENEFICIARIOS para que se lleve a cabo esa

comprobación, dará derecho a LA COMPAÑÍA a rechazar la reclamación presentada por el reclamante:

**24ª: INDEMNIZACIÓN.** En caso de ser procedente el siniestro, LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al CONTRATANTE a reintegrar el pago a LA COMPAÑÍA.

**25ª: EDAD.** Los límites de edades de admisión fijados por la Compañía se establecen en la carátula de la póliza. Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del ASEGURADO y ésta se encuentra en los límites de edad admitidos, LA COMPAÑÍA pagará la cantidad que resulta de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del ASEGURADO en el último aniversario de la póliza.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro del grupo se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del ASEGURADO y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, el seguro respectivo quedará en vigor por la misma suma asegurada. En este caso, se ajustará la prima por el período que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. En caso de que al renovarse una póliza, el ASEGURADO exceda el límite de edad de admisión, pero se encuentre dentro de los límites de Renovación pactados en la carátula, en su caso, únicamente quedará amparado el Beneficio Básico cancelándose los Beneficios Adicionales.

**26ª: PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.** El CONTRATANTE y el ASEGURADO, en su caso, podrán o no participar de la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable, debiendo establecerse en la póliza cualquiera de las siguientes opciones:

1. **Experiencia Global :** La participación en las utilidades se otorga en base a la Experiencia total de la Cartera de LA COMPAÑÍA.
2. **Utilidad en rendimientos financieros.:** La participación en las utilidades podrá calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre el rendimiento obtenido por las inversiones que respaldan las reservas técnicas de LA COMPAÑÍA y la tasa de rendimiento esperada contenida en la nota técnica respectiva
3. **Sin Participación de Utilidades.** Esto significa que la CONTRATANTE no participará de la utilidad por siniestralidad favorable.

Para el cálculo y pago de los Dividendos se aplicará lo siguiente:

- a) Los Dividendos, (con excepción de los dividendos por utilidad en rendimientos financieros) sólo podrán calcularse con base en el porcentaje pactado de la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos y se determinarán de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica de este producto registrada ante la Comisión y lo previsto por el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Grupo.
- b) Los siniestros ocurridos y no reportados no se compensarán para la determinación de dividendos, salvo pacto en contrario, por escrito, entre la CONTRATANTE y la COMPAÑÍA.
- c) La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente: En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente;

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas anteriormente, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

- d) Los dividendos por utilidad en rendimientos financieros sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre el rendimiento obtenido por las inversiones que respaldan las reservas técnicas y la tasa de rendimiento esperada contenida en la nota técnica respectiva. El procedimiento de cálculo de estos Dividendos se regirá por lo previsto en la nota técnica de este producto registrada ante la Comisión y lo establecido por el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Grupo
- e) Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos

**27ª: OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE:** Es obligación de la CONTRATANTE, informar o entregar a la COMPAÑÍA lo siguiente:

- a) Si el objeto del contrato de Seguro de Grupo es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo de la CONTRATANTE, deberá informarlo en la solicitud de seguro.
- b) Los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.
- c) El ingreso al Grupo de integrantes nuevos,
- d) La separación definitiva de Integrantes del Grupo Asegurado;
- e) Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y
- f) Los nuevos consentimientos de los ASEGURADOS cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas.

La información y/o documentación deberá proporcionarse a la COMPAÑÍA, por escrito, dentro del término de quince días naturales contados a partir de que se realice el evento que les de origen.

En caso de que la CONTRATANTE omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada no surtirán efecto los ingresos, cambios o modificaciones que se pretendan.

**28ª: SISTEMA AUTOADMINISTRADO.** En caso de que en la carátula de la póliza se haya pactado que el sistema de la póliza es Autoadministrado, se aplicará lo siguiente:

- a) La CONTRATANTE se encargará de Administrar la documentación e información relacionada con la póliza de seguro de grupo.
- b) La CONTRATANTE se encuentra obligada a hacer del conocimiento de los ASEGURADOS la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento de Seguro de Grupo.
- c) Los movimientos de altas y bajas no tendrán que reportarse periódicamente a LA COMPAÑÍA, sino que el propio CONTRATANTE registrará dichos movimientos y los reportará al finalizar el año póliza o la vigencia de la misma en caso de periodos menores.
- d) Para los ingresos al grupo posteriores a la fecha de emisión, el CONTRATANTE podrá registrar al ASEGURADO en la póliza informándolo hasta el fin del año póliza o la vigencia de la misma en caso de periodos menores, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: que el prospecto de ASEGURADO requiera el consentimiento al ingresar al grupo; que en caso de tratarse de un empleado se haya dado de alta en el I.M.S.S o en el Sistema de Seguridad Social que corresponda; que la Suma Asegurada cumpla con la regla establecida en la carátula de la póliza y no exceda el límite máximo (según sea el caso), mencionado en la carátula de la póliza; que el prospecto de ASEGURADO cumpla con los límites de edad mínimos y máximos para las coberturas contratadas.

- e) El CONTRATANTE se obliga a reportar de inmediato a LA COMPAÑÍA los movimientos que se deriven de alguna de las siguientes situaciones: cuando el prospecto de ASEGURADO supere el límite máximo de Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza: cuando el incremento de sueldo y/o incremento de Suma Asegurada sea mayor al 50 % sobre la Suma Asegurada original; Cuando exista un incremento de sueldo de carácter general.
- f) Al aniversario de la póliza o al finalizar la vigencia de la misma, la CONTRATANTE entregará a la COMPAÑÍA el listado actualizado de ASEGURADOS para elaborar el ajuste de primas que corresponda, el cual podrá ser deudor o acreedor según sea el caso, dependiendo de la información para la renovación. En el caso de pólizas que no renueven con LA COMPAÑÍA, la CONTRATANTE proporcionará la información actualizada para poder realizar el mencionado ajuste de primas.
- g) El ajuste de primas se calculará tomado el diferencial de la Suma Asegurada total alcanzada menos la Suma Asegurada original divididas entre dos y multiplicadas por la cuota promedio correspondiente a la edad promedio del grupo.
- h) La COMPAÑÍA tendrá acceso a la información y documentación manejada por la CONTRATANTE en relación con la Administración de la póliza a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento de Seguro de Grupo, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros.

#### **29ª COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO**

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de exigir al CONTRATANTE, ASEGURADO y/o Beneficiario toda clase de información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que el ASEGURADO y/o Beneficiario deben proporcionar a la COMPAÑÍA, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro.

Las obligaciones de LA COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación o información de que trata el párrafo anterior.

**30ª: 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 haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al ASEGURADO o Beneficiario, un interés de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

**31ª: VIGENCIA.** La Vigencia de la póliza se inicia y concluye a las 12.00 hrs (mediodía) de las fechas especificadas como inicio y conclusión de vigencia en la carátula de la póliza.

**32ª: PRESCRIPCIÓN.** Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán: en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento; en dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro y por las que establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

**33ª: MONEDA.** Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago.

**34ª: COMPETENCIA.** En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, por escrito o por cualquier otro medio, en la Unidad Especializada de LA COMPAÑÍA o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera 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.

**35ª COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TITULO 4, CAPÍTULO 4.5, DISPOSICIÓN 4.5.2.)** “Durante la vigencia de la póliza la Contratante 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 por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.”

**36ª: PROTECCIÓN DE DATOS.** En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., con domicilio en Av Ejército Nacional 843-B,piso 12, Col Granada, Miguel Hidalgo, CDMX, CP 11520, se compromete a tratar los datos personales de persona física (Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario y/o Representantes) que hayan sido recabados o que se recaben en el futuro con motivo de la celebración del presente contrato de seguro, con la finalidad de realizar la adecuada prestación de servicios y desarrollo de operaciones, lo que incluye, en general, fines de identificación, operación, administración y comercialización, los cuales se indican con más amplitud en el Aviso de Privacidad completo localizado en la página de Internet <https://zam.zurich.com.mx/>.

El Contratante y/o Asegurado, con la celebración del contrato de seguro, autoriza a Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., a administrar sus datos personales y a transferir los mismos a terceros nacionales o extranjeros, exclusivamente para los propósitos anteriormente mencionados, en el entendido de que los datos de carácter sensible requieren consentimiento por escrito.

El Titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación reconocidos en la legislación sobre protección de datos, mediante solicitud presentada en la dirección de correo electrónico [datospersonales.MX@zurich.com](mailto:datospersonales.MX@zurich.com) o bien en el domicilio de Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

En caso de que los datos personales hayan sido proporcionados por persona distinta del Titular de los mismos, el Contratante se obliga a informar al Titular las finalidades del tratamiento antes indicadas, y que puede ejercitar ante Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación, lo anterior independientemente de las medidas compensatorias que, de conformidad con la legislación aplicable, deba instrumentar Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.



**37ª OFAC.** Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el asegurado, contratante o beneficiario fuere condenado mediante sentencia por un juez por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmados tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso de que el asegurado, contratante y/o beneficiario obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre dentro del período de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que corresponda, restableciéndose de nueva cuenta los derechos y obligaciones de antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

**Exclusión “OFAC”:** Será una causa de exclusión en el presente contrato si el asegurado, contratante y/o beneficiario fuere condenado mediante sentencia por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier parte del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien es mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

**II.- COBERTURAS.** Las coberturas que se describen a continuación se encuentran sujetas a lo pactado en las Condiciones Generales de la póliza.

**1: BÁSICA POR MUERTE.** En caso que el ASEGURADO fallezca por cualquier causa durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada pactada para esta cobertura a los BENEFICIARIOS designados.

Los BENEFICIARIOS de esta cobertura serán las personas designadas, específicamente por el ASEGURADO, en el CONSENTIMIENTO respectivo.

La cobertura que da origen a la póliza será siempre la básica por muerte, la cual podrá ser complementada mediante la contratación de Beneficios Adicionales, que permitan ampliar la protección de los participantes ante eventualidades por Accidentes o Invalidez Total y Permanente.

**2: COBERTURAS ADICIONALES.** Durante la vigencia de ésta póliza, la CONTRATANTE y/o los miembros del Grupo Asegurado a quienes se les otorgue, podrán complementar su protección a través de las Coberturas Adicionales, las cuales operarán, únicamente cuando se encuentren expresamente mencionadas como amparadas en la Carátula, lo anterior, en el entendido de que, en caso de siniestro, únicamente se indemnizará la suma asegurada correspondiente a la cobertura adicional que resulte aplicable según las circunstancias del siniestro.

Las Coberturas Adicionales que pueden ser contratadas son las siguientes:

**COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE**

- **MUERTE ACCIDENTAL**
- **MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA**
- **MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS**
- **MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA**
- **PÉRDIDAS ORGÁNICAS**

**COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ.**

- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD.**
- **BENEFICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.**
- **SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**
- **SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AJUSTABLE.**
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

**BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES**

**BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS**

**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**

**3: DEFINICIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS ADICIONALES.**

**ACCIDENTE.** Se entiende por ACCIDENTE aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del ASEGURADO, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza y que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y como consecuencia del mismo. No se considerarán ACCIDENTES las lesiones intencionalmente causadas por el ASEGURADO.

**ENFERMEDAD.** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.** Para efectos de esta cobertura se entenderá por INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, si durante la vigencia de la póliza, a consecuencia de un accidente o enfermedad, el ASEGURADO sufre un daño orgánico funcional y/o pérdidas orgánicas que por su naturaleza y gravedad lo incapaciten para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, influyendo en la disminución substancial de sus ingresos. El "Asegurado" adquirirá el derecho al pago del beneficio contratado una vez transcurrido el periodo de espera para esta cobertura pactado en la póliza, contado a partir de la fecha en que se diagnostique y dictamine dicha invalidez.

Las obligaciones de "La Compañía" provenientes de este beneficio de indemnización por invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento del "Asegurado" dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

Los siguientes casos de pérdidas orgánicas se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y para ellos no opera el período de espera:

- a) La pérdida de la vista en ambos ojos; o
- b) La pérdida de ambas manos; o
- c) La pérdida de ambos pies; o
- d) La pérdida de una mano y un pie; o
- e) La pérdida de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo; o
- f) La pérdida de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella. Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o



separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella. Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Las bases que la institución empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar el estado de invalidez total y permanente, se establecen en el inciso 5.5. PRUEBAS PARA COMPROBAR EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE del numeral 5. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ.

#### **4. COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE**

**4.1. MUERTE ACCIDENTAL.** LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados, la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un ACCIDENTE, mientras esta póliza se encuentre en vigor y el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes.

**4.2. MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA.** Al contratarse este beneficio se ampara: la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL en los términos indicados en el numeral 4.1; o bien, el pago a los Beneficiarios designados del doble de la suma asegurada para esta cobertura adicional si el fallecimiento del ASEGURADO ocurriera a consecuencia de un Accidente Colectivo, entendiéndose por Accidente Colectivo si ocurre:

- a) Mientras el ASEGURADO viajare como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares
- b) Mientras el ASEGURADO viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio público (exceptuando minas) o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el ASEGURADO al iniciarse el incendio.

En caso de siniestro únicamente se indemnizará la Suma Asegurada que corresponde a la Cobertura que resulte aplicable, según las circunstancias del siniestro, y en ningún caso se indemnizarán las dos coberturas al mismo tiempo.

**4.3. MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.** Al contratarse este beneficio se ampara, además de la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL en los términos indicados en el numeral 4.1 lo siguiente; si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un accidente, el ASEGURADO sufriera alguna pérdida orgánica, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas "A" o "B", según se haya contratado y se indique en la carátula de la póliza.

Toda indemnización que se efectuó a cargo de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas reducirá en el mismo importe el beneficio que por Muerte Accidental pudiera corresponder a los Beneficiarios.

**4.4. MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA.** Al contratarse este beneficio se ampara; además de la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL en los términos indicados en el numeral 4.1 lo siguiente; si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un accidente, el ASEGURADO sufriera alguna pérdida orgánica, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas "A" o "B", según se haya contratado y se indique en la carátula de la póliza; o bien, si a causa de un accidente colectivo el ASEGURADO falleciera o sufriera alguna pérdida orgánica la Compañía le pagará el doble de la suma asegurada o proporción correspondiente, entendiéndose por Accidente Colectivo si ocurre:

- a) Mientras el ASEGURADO viaje como pasajero en cualquier vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opera para servicio de pasajeros, con exclusión en los ascensores usados en minas.
- c) A causa de incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrara el ASEGURADO al manifestarse el incendio.

En caso de siniestro, únicamente se indemnizará la Suma Asegurada que corresponda a la Cobertura que resulte aplicable, según se trate de Muerte Accidental o Colectiva, y en ningún caso se indemnizarán las dos coberturas al mismo tiempo. Toda indemnización que se efectuó a cargo de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas reducirá en el mismo importe el beneficio que por Muerte Accidental o Colectiva pudiera corresponder a los Beneficiarios.

**4.5. PÉRDIDAS ORGÁNICAS.** Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un accidente el ASEGURADO sufriera alguna pérdida orgánica, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas “A” o “B”, según se haya contratado y se indique en la carátula de la póliza.

**4.6. TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A”.** En las Coberturas de Pérdidas Orgánicas se aplicará la siguiente escala cuando se haya contratado la TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A”. y se indique así en la carátula de la póliza.

<b>Escala A</b>	
<b>Pérdidas Orgánicas</b>	<b>Porcentaje de suma asegurada</b>
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

- por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.
- por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo;

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una,

hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

**4.7. TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B”.** En las Coberturas de Pérdidas Orgánicas se aplicará la siguiente escala cuando se haya contratado la TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B”. y se indique así en la carátula de la póliza.

<b>Escala B</b>	
<b>Pérdidas Orgánicas</b>	<b>Porcentaje de la Suma Asegurada</b>
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

- por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

- por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.
- por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo;
- por sordera en ambos oídos, la pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los dos oídos

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

**4.8. EXCLUSIONES. Las Coberturas Adicionales por Accidente quedarán excluidas de pago cuando la muerte, accidente o pérdidas orgánicas sobrevenga como consecuencia de:**

- a) Suicidio o lesiones provocadas intencionalmente por el propio ASEGURADO aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- b) Riña, siempre que el ASEGURADO hubiere sido el provocador.**
- c) Lesiones derivadas de la participación directa del ASEGURADO en actos delictuosos intencionales.**
- d) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el ASEGURADO.**
- e) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- f) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- g) Lesiones que sufra el ASEGURADO cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) La práctica de deportes peligrosos en forma amateur u ocasional.**
- j) La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.**
- k) Radiaciones atómicas o ionizantes.**
- l) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**
- m) Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado en actos delictivos intencionales.**
- n) Lesiones provocadas por culpa grave del Asegurado o como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.**

## **5. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ.**

**5.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.** Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el ASEGURADO se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda al ASEGURADO inválido.

**5.2. BENEFICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.** Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el ASEGURADO se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda al ASEGURADO inválido.

**5.3. SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.** Si durante la vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre un estado de invalidez total y permanente, a causa de un accidente o enfermedad, LA COMPAÑÍA le otorgará sin costo un CERTIFICADO DE SEGURO SALDADO DE VIDA, esto es, lo asegurará en forma VITALICIA sin más pago de primas a partir del pago de la prima de la póliza que venza después de la fecha en que se prueba dicho estado, por la suma asegurada que tenga contratada en el momento en que se haya diagnosticado la invalidez. La exención de pago de primas no se aplicará a las Coberturas Adicionales contratadas y la suma asegurada por fallecimiento se mantendrá fija durante todo el tiempo que subsista la invalidez.

**5.4. SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AJUSTABLE.** Si durante la vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre un estado de invalidez total y permanente, a causa de un accidente o enfermedad, LA COMPAÑÍA le otorgará sin costo un CERTIFICADO DE SEGURO SALDADO DE VIDA, esto es, lo asegurará en forma VITALICIA sin más pago de primas a partir del pago de la prima de la póliza que venza después de la fecha en que se prueba dicho estado, por la suma asegurada que tenga contratada en el momento en que se haya diagnosticado la invalidez.

La exención de pago de primas no se aplicará a las Coberturas Adicionales contratadas y la suma asegurada por fallecimiento de este seguro saldado, se ajustará anualmente de acuerdo a las variaciones del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) que publique el Banco de México. Si la publicación del INPC es discontinuada, aplazada o si por alguna otra causa no está disponible para este uso, se tomarán como base los índices que con carácter general se den a conocer por las autoridades.

**5.5. PRUEBAS PARA COMPROBAR EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.** Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación por Invalidez Total y Permanente, el "Asegurado" presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez total y permanente, mismos que deberán ser confirmadas por un médico nombrado por la COMPAÑÍA, y en caso de proceder la invalidez, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos de este contrato.

La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe a su costa, la persistencia del estado de invalidez total y permanente, mediante una revisión del estado físico y mental del ASEGURADO a través de un médico, así como, examinarlo durante el tiempo en que se encuentre gozando de los beneficios que brindan estas coberturas adicionales. En caso de que el ASEGURADO se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le imponen las presentes coberturas. El médico designado

por la COMPAÑÍA, que determine la improcedencia de un dictamen o la no persistencia del estado de invalidez deberá ser un especialista en la materia.

**5.6 CANCELACIÓN AUTOMÁTICA.** Estas Coberturas Adicionales de Invalidez terminarán para cada ASEGURADO sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa de ésta, hasta el aniversario de la póliza en que el ASEGURADO cumpla los 65 años o cuando expire el plazo de las coberturas o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura básica contratada, lo que ocurra primero.

Asimismo, la cobertura de exención de pago de primas por invalidez total y permanente quedará cancelada si el ASEGURADO se negase a ser examinado o la Compañía comprobase que ya está dedicado al desempeño de la actividad que desarrollaba en el momento de presentarse la invalidez, o de alguna otra similar que le produzca una remuneración o utilidad equivalente a aquella y se reanuda su obligación de efectuar el pago de primas de la póliza a partir de la que venza inmediatamente después de que ocurra cualquiera de los hechos anteriores.

**5.7. EXCLUSIONES.** Las Coberturas Adicionales por Invalidez no surtirán efecto en aquellos casos en que la invalidez haya sido provocada por:

a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio ASEGURADO o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.

b) Riña siempre que el ASEGURADO hubiere sido el provocador.

c) Lesiones derivadas de la participación directa del ASEGURADO en actos delictuosos intencionales.

d) Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.

e) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el ASEGURADO.

f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.

g) Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.

h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas las que antes del inicio de la vigencia de este beneficio:

h.1) se hubieren manifestado, y/o

h.2) fueron tratadas o diagnosticadas por un médico, y/o

h.3) hayan generado un gasto.

i) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

j) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.

k) Lesiones que sufra el ASEGURADO cuando participe directamente en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

l) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

- m) **La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.**
- n) **Padecimientos derivados de intento de suicidio.**
- o) **Cancelación de licencia expedida por el gobierno federal o estatal para el ejercicio de una actividad o profesión.**
- p) **Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.**
- q) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**

**6. BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES: ÚLTIMOS GASTOS.** La COMPAÑÍA se obliga a pagar al ASEGURADO un anticipo de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Muerte, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que el ASEGURADO demuestre que padece una enfermedad Terminal, tal como se define en este Beneficio y acredite esta circunstancia;
2. Que el ASEGURADO no haya nombrado ningún Beneficiario con carácter de irrevocable;
3. Que la Póliza se encuentre vigente en el plan contratado;
4. Que el propio ASEGURADO o quien sus derechos represente, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido;
5. Que el ASEGURADO se encuentre activamente trabajando, sin que se le haya dictaminado ninguna incapacidad parcial, total y permanente.
6. Que se cumplan los demás requisitos establecidos en este Beneficio

**6.1. MONTO DEL ANTICIPO:** El monto del anticipo será el 25 % del beneficio de la cobertura por fallecimiento, y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios. El porcentaje de anticipo para obtener la Suma Asegurada de este Beneficio, estará definido en la Póliza y el Certificado Individual correspondiente.

**6.2. PERIODO DE ESPERA:** Para este Beneficio opera un periodo de espera, por lo que no se hará ningún pago si la Enfermedad Terminal se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, con respecto a cada asegurado.

**6.3 ENFERMEDAD TERMINAL:** Para los efectos de este Beneficio, se entiende por Enfermedad Terminal cualquiera de los padecimientos cubiertos por este Beneficio y siempre que se considere que ocasionarán necesaria o muy probablemente la muerte del ASEGURADO, dentro de un lapso no mayor de doce meses contados a partir de que se haya diagnosticado la enfermedad Terminal amparada.

**6.4 ENFERMEDADES CUBIERTAS.** Las enfermedades cubiertas deberán ajustarse a las definiciones a continuación descritas:

**Infarto al Miocardio**

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias.

Para efectos de este beneficio, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia



**Cáncer**

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la enfermedad de Hodgkin. En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos. El diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

**Enfermedad Cerebrovascular**

Una enfermedad o accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass. La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. La angioplastia y/o cualquier otra intervención intraarterial serán excluidas de esta definición.

**Insuficiencia Renal**

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

**Trasplante de Órganos Vitales**

La realización de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, pero no en calidad de donante.

**Parálisis y Paraplejía**

La pérdida total del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico

**6.5. REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.** Toda indemnización que se efectuó a cargo de este Beneficio reducirá en el mismo importe la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Muerte que pudiera corresponder a los Beneficiarios.

**6.6. PRUEBAS.** La Compañía se reserva el derecho de poder comprobar a su costa el diagnóstico presentado, solicitándole al ASEGURADO se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que se consideren necesarias. En caso de que el ASEGURADO se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente Cobertura. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

Esta cobertura terminará para cada ASEGURADO sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa de ésta, en el aniversario de la póliza en que el ASEGURADO cumpla los 64 años de edad o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura básica contratada, lo que ocurra primero.

Los límites para contratar esta Cobertura Adicional son de 18 a 64 años.

En caso de reclamación, el ASEGURADO deberá presentar una declaración del médico o médicos que lo hayan atendido, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades estipuladas, inmediatamente después de conocerlo.



**6.7. EXCLUSIONES.** Este beneficio no surtirá efecto en los siguientes casos:

1. Si la enfermedad es padecimiento de:
  - a) Anginoplastía coronaria transluminal percutánea.
  - b) Trombólisis mediante cateterismo coronario.
  - c) Episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.
  - d) Neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” (incluyendo la displasia cervical NIC-I, NIC-II y NIC-III) o aquellos considerados por histología como premalignos.
  - e) Cánceres de 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 cualquier otra clasificación equivalente o menor.
  - f) Cualquier complicación o tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( SIDA ).
  - g) Mental, Alzheimer, Demencia Senil.
2. Si la enfermedad terminal resulta, a consecuencia de lesiones que intencionalmente se cause así mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, o sean consecuencia de acciones en que exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del mismo Asegurado.
3. Si la enfermedad padecida por el asegurado es de origen y manifestación sintomática a la fecha de la firma de este beneficio sin que pueda pasar desapercibida, o ha sido diagnosticada por un médico con anterioridad.
4. Si la enfermedad terminal resulta, a consecuencia de alcoholismo o tratamiento del mismo.
5. Derivada del uso de drogas o tratamiento del mismo. (no prescritas por un médico, estupefacientes y psicotrópicos)
6. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
7. Transplantes que sean procedimientos de investigación.
8. Cuando hubieran sido provocadas directamente por actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones; por hechos delictivos intencionales imputables al Asegurado, o por lesiones que este sufra al participar en carreras, pruebas o contiendas de velocidad de cualquier clase de vehículo.
9. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas las que antes del inicio de la vigencia de este beneficio:
  - h.1) se hubieren manifestado, y/o
  - h.2) fueron tratadas o diagnosticadas por un médico, y/o
  - h.3) hayan generado un gasto.

**10. Asimismo, quedan excluidas todas las enfermedades distintas a las definidas en esta cobertura.**

**7 BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS.** Mediante este Beneficio y siempre que el Asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la Compañía proporciona el anticipo de un porcentaje de la Suma Asegurada contratada por fallecimiento.

El monto del anticipo será el 30 % del beneficio de la cobertura por fallecimiento, con un tope máximo de 70 SMGMVDF, (Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal) y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios funerarios en caso del fallecimiento del Asegurado que tenga contratado este Beneficio. El porcentaje de anticipo para obtener la Suma Asegurada de este Beneficio, estará definido en la Póliza y el Certificado Individual correspondiente.

Así mismo, este anticipo se pagará una vez que el beneficiario demuestre el fallecimiento del asegurado.

De acuerdo con las características de cada Grupo y las tendencias del mercado, dichos límites se podrán adecuar para cada caso en particular.

Toda indemnización que se efectuó a cargo de este Beneficio reducirá en el mismo importe la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Muerte que pudiera corresponder a los Beneficiarios.

**8. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.** Si durante la vigencia del seguro, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, de acuerdo con la regla estipulada por el Contratante y conforme a las Condiciones Generales de la Póliza.



**Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V**

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de septiembre de 2010, con el número CNSF-S0037-0376-2010 y modificadas con el Registro Especial RESP-S0037-0369-2015 de fecha 8 de abril de 2015.**