



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE PROTECCIÓN FINANCIERA**

Como leer las Condiciones Generales

Estimado "Asegurado", para **Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.** usted es muy importante, y nos hemos esforzado en diseñar unas Condiciones Generales de modo que usted pueda entenderlas lo mejor posible, para ello, las hemos dividido en secciones específicas.

Le recomendamos que utilice siempre el **índice** que hemos preparado para facilitarle la ubicación de todos y cada uno de los componentes de su "Póliza" y luego siga el siguiente orden:

1. Primero, revise la **Sección 1. Definiciones**.- Durante la lectura de sus Condiciones Generales, existen palabras con un significado especial, y para que su significado no genere confusión o interpretación errónea hemos diseñado esta sección.
2. Después, revise la **Sección 2. Clausulas Generales**.- Ahí encontrará todas las clausulas aplicables a todas las coberturas, y la forma en que opera su póliza de seguros.
3. Luego, vaya a la **Sección 3 – Coberturas**.- Aquí podrá elegir, de acuerdo con sus necesidades las coberturas que requiera contratar, las cuales deberán estar especificadas en su caratula de póliza para estar cubiertas.
4. Finalmente lo invitamos a leer la **Sección 4 "Que hacer en caso de Siniestro"**, que le ilustrará sobre sus responsabilidades y las de esta "Compañía" de Seguros, en caso de suceder el "Evento" cubierto.

Asimismo, lo invitamos a consultar nuestro **aviso de privacidad**, leer el **folleto de derecho de Clientes**, y ponemos a su disposición las formas que tiene usted para contactarnos en el Anexo de la última página sobre las **Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros**.

Gracias por preferirnos.

ÍNDICE

		Pág.
Sección 1. Definiciones. -	Todas las palabras incluidas en esta sección tendrán un significado especial y estarán “entrecomilladas” para su identificación en el contenido del presente “Contrato”.4
Sección 2 Coberturas. -	Son las diferentes modalidades de contratación y en cada una se establecerán sus condiciones particulares, su alcance y exclusiones y serán las siguientes:7
	2.1. Robo de identidad	
	2.2. Fallecimiento como consecuencia de un Robo con Violencia.	
	2.3. Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Robo con violencia.	
	2.4. Reembolso de Gastos Médicos como consecuencia de un Robo con violencia.	
	2.5. Protección contra Robo con Violencia de efectivo en cajeros automáticos y ventanilla de Sucursal Financiera.	
	2.6. Robo con Violencia de Bolso o cartera.	
	2.7. Compra protegida	
	2.8. Cobertura contra el Phishing.	
Sección 3 Condiciones Generales.-	Son las Clausulas aplicables a todas las coberturas amparadas por el presente “Contrato”.14
Sección 4 Que hacer en Caso de “Siniestro”.-	Descripción del procedimiento para el aviso y documentación del Evento ocurrido.22

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., en adelante denominado como La “Compañía”, emite el presente “Contrato” de Seguro de Protección Financiera para cubrir el daño que sufra el “Asegurado” por la ocurrencia de cualquiera de los “Eventos” cubiertos, basándose en las declaraciones efectuadas por el “Contratante” y/o “Asegurado”. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente “Contrato”, son las siguientes:

Sección 1. Definiciones

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 11 de la Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este “Contrato” de Seguro, pudiendo ser en femenino o masculino o en plural o singular:

ASEGURADO.	Es la persona física y/o moral titular del interés asegurado, que se encuentra cubierta al amparo de este contrato de seguro, misma que al momento de ocurrir un “Evento” que amerite indemnización, según lo establecido en esta póliza, tiene derecho al pago correspondiente.
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”.
BOLSO O CARTERA.	Es la cartera, billetera, portafolio, mochila, riñonera o bolsa de mano que utilice el “Asegurado” en forma diaria para transportar sus “Objetos de Uso Personal”.
COMPAÑÍA.	Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.
CONTRATANTE.	A la persona física o moral que ha celebrado con La “Compañía” el contrato de seguro y tiene a su cargo el pago de las primas correspondientes.
DESIGNACIÓN SUSTITUTA DE BENEFICIARIO	Es la designación realizada a través de este “Contrato” aplicable en caso de que no se haya realizado designación expresa de “Beneficiario”, esto con la finalidad de pagar los importes de siniestros sin necesidad de una declaración judicial.
ENDOSO:	Documento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante el cual se hace constar el acuerdo establecido en un contrato de seguro por las partes para modificar, aclarar o dejar sin efecto las bases, términos o condiciones de la póliza; y forma parte integrante de ésta última.
EVENTO:	Es la ocurrencia del riesgo amparado por este “Contrato” de Seguro, durante la vigencia del mismo. Se entenderá por un solo “Evento”, el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un mismo acontecimiento sucedido durante la vigencia

de la "Póliza".

EXTRAVÍO. Para efectos del presente contrato, el extravío se entenderá como la pérdida de un objeto, o el desconocimiento de su paradero por más de 48 horas.

EXCLUSIONES. Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la "Póliza" y que se encuentran expresamente indicadas en la misma.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA. Es la fecha que aparece señalada en la carátula de la "Póliza", a partir de la cual queda cubierto el riesgo "Asegurado".

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Significa: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.

INFORMACIÓN FINANCIERA. Conjunto de datos emitidos en actividades derivadas del uso y manejo de los recursos financiero. Es aquella información que muestra la relación entre los derechos y obligaciones de la persona o entidad, así como la composición y variación de su patrimonio en un periodo o momento determinado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. Pérdida total de facultades o aptitudes físicas del "Asegurado", que impida al "Asegurado" desempeñar por el resto de su vida, cualquier trabajo u ocupación remunerados, compatibles con sus conocimientos o aptitudes, y por consiguiente, no esté en posibilidades de percibir la totalidad de los ingresos económicos que percibía antes del estado de "Invalidez Total y Permanente"..

OBJETOS DE USO PERSONAL Artículos de uso doméstico o familiar, ropa, accesorios personales, equipo electrodoméstico y electrónico.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES Cualquier afección o patología anterior a la vigencia del presente seguro, por la cual la "Compañía" podrá rechazar una reclamación cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha 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, o

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;

El “Asegurado” podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de 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 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 en el 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”.

La “Compañía”, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico, en este caso, el “Asegurado” que se hubiera sometido a dicho examen médico, no podrá aplicársele lo relativo a la preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

La “Compañía”, podrá establecer en la caratula de la Póliza o especificación adjunta, las enfermedades o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera, de igual manera, en dicha caratula o especificación, la “Compañía” podrá establecer que en el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la “Compañía” podrá aceptar el riesgo declarado.

PERIODO DE ESPERA.

Significa el lapso de tiempo que debe transcurrir entre la ocurrencia de un “Evento” y otro, para tener derecho a la indemnización respectiva. El “Periodo de Espera” aplicable, será el establecido en la carátula de la “Póliza”.

En el caso de la cobertura de Invalidez Total y Permanente, será el periodo previo a la declaración del estado de invalidez, que será de seis meses.

PHISHING.

Es suplantación de identidad realizada en un modelo de abuso informático encaminado al robo cibernético, caracterizado por adquirir información confidencial de forma fraudulenta (como puede ser una contraseña, información detallada sobre tarjetas de débito o crédito u otra información bancaria), que trae como consecuencia la disminución patrimonial materializada del “Asegurado”.

POLIZA Y/O CONTRATO.

Es el documento en el que se hace constar el “Contrato” de Seguro celebrado entre el “Contratante” y La “Compañía”, y lo forman las Condiciones Generales, la Caratula de la “Póliza”, la Solicitud de Seguro, los “Endosos” y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba de la existencia del “Contrato”.

PRIMA.

Es la cantidad de dinero que debe pagar el “Contratante” y/o “Asegurado” a la “Compañía” en la forma y términos convenidos, para que el “Asegurado” tenga derecho a las coberturas amparadas por este “Contrato” de Seguro, durante la “Vigencia” del mismo. La prima total incluye los gastos de expedición, así como el Impuesto al Valor Agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

ROBO CON VIOLENCIA.

Apoderamiento con ánimo de dominio de un bien mueble ajeno, sin derecho y sin

consentimiento de la persona con facultad para disponer de él, haciendo uso de la fuerza e intimidación en las personas o cosas.

SINIESTRO.

Eventualidad prevista en el “Contrato” de Seguro cuyos efectos dañosos se encuentran cubiertos en éste, hasta el Límite Máximo de Responsabilidad contratado y que indistintamente se menciona como “Evento” (s) ocurridos.

SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la “Póliza” por la que tendrá responsabilidad La “Compañía” en caso de proceder el “Evento”.

**SUCURSAL FINANCIERA
Y/O CAJERO
AUTOMÁTICO.**

Es el espacio físico donde se realizan Operaciones Financieras de disposiciones en efectivo, incluyendo instituciones bancarias o no bancarias, pertenecientes al sistema financiero mexicano tales como: instituciones de banca y crédito, sociedades de ahorro y préstamo, arrendadoras financieras, entre otras, debidamente autorizadas por las autoridades correspondientes, para que en sus instalaciones se realicen operaciones de retiro en efectivo.

VALOR REAL.

Es la cantidad que sería necesario erogar para reparar o reponer el bien dañado o robado, por otro nuevo de igual o similar clase, calidad, tamaño y capacidad, deduciendo la depreciación física por uso, de acuerdo con la edad y las condiciones de mantenimiento que tenían los bienes afectados, inmediatamente antes de ocurrido el siniestro.

VIGENCIA.

Es la duración de la “Póliza”, la cual está estipulada en la carátula de la misma.

Sección 2. Coberturas

La “Compañía” se compromete a indemnizar al “Asegurado”, hasta por el Límite de la “Suma Asegurada” indicada en la carátula de esta “Póliza” y de acuerdo con las Coberturas contratadas expresamente, el daño patrimonial que sufra, sujeto a las “Exclusiones” y demás términos y condiciones de esta “Póliza”, siempre y cuando el “Evento” ocurra dentro de la “Vigencia” del contrato.

Queda entendido por el “Contratante” y/o “Asegurado”, que cada Cobertura es independiente a las demás, y quedará cubierta de acuerdo a lo señalado en la carátula de la “Póliza”, según corresponda, por lo que en caso de proceder el pago por la totalidad de la “Suma Asegurada” señalada en la Carátula de la “Póliza”, en uno o más “Eventos” cubiertos, la Cobertura se cancelará, quedando vigentes las restantes coberturas en los términos y con las limitaciones descritas en el presente “Contrato” de Seguro, a excepción de las coberturas de fallecimiento e “Invalidez Total y Permanente”, cuyo pago de siniestro dará por concluido el “Contrato”.

En cada Cobertura quedará cubierto un límite máximo por “Evento” y un número de “Eventos” amparados y que estará expresamente indicados en la Carátula de la “Póliza”. En caso de no mencionar el número de “Eventos” amparados se entenderá que solo se cubrirá 1 (un) solo “Evento” durante toda la “Vigencia” de la “Póliza”.

SECCIÓN 2.1. CONDICIONES PARTICULARES ROBO DE IDENTIDAD

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si a consecuencia de un Robo o “Extravío” de documentación considerada confidencial y de utilidad exclusiva propiedad de El “Asegurado”, se suplanta su identidad y se comete algún acto ilícito, La “Compañía” indemnizará el daño causado al “Asegurado” hasta el límite del monto de la “Suma Asegurada”, en cualquiera de los siguientes conceptos:

- a) Gastos notariales o judiciales realizados por el “Asegurado” para aclarar los ilícitos cometidos al suplantar su identidad.
- b) Gastos Incurridos para aclaración de reportes de crédito por suplantación de identidad.
- c) Gastos asociados con la recuperación de su identidad ante una agencia de investigación del Ministerio Público.
- d) Gastos y honorarios legales derivados de la suplantación de identidad.
- e) Pérdida de salarios, entendidos como días no remunerados como consecuencia inmediata de permisos de trabajo solicitados para restaurar la identidad robada. Esto Incluye el reembolso de los días de vacaciones solicitados para realizar los trámites relacionados con la identidad robada.

2. PERIODO DE ESPERA

Aplicará un “Periodo de Espera” entre cada uno de los “Eventos” cubiertos, según especificación en la carátula de la “Póliza”.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. **Actos fraudulentos, deshonestos, ilegales o criminales, cometidos por el “Asegurado”, cotitulares, parientes sin limitación de grado, de las personas que civilmente dependan de él, o de las personas que le sean subordinadas laboralmente y a quienes haya revelado sus contraseñas o códigos de acceso bancarios.**
2. **Daños o perjuicios monetarios consecuenciales o adicionales distintos al robo de identidad.**

3. **Perdidas resultantes de operaciones comerciales o negocios en los que esté involucrado directa o indirectamente el “Asegurado”.**
4. **El costo de solicitudes de reportes crediticios anteriores a la fecha de reclamación del siniestro.**
5. **Salarios correspondientes a los días de autoempleo del “Asegurado”.**

SECCIÓN 2.2. CONDICIONES PARTICULARES FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE ROBO CON VIOLENCIA

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si el “Asegurado” fallece a consecuencia del “Robo con Violencia” ocurrido al efectuar disposiciones en efectivo dentro de una “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático”, dentro del radio de kilómetros establecidos en la carátula de la “Póliza”, entonces La “Compañía” pagará al “Beneficiario” (s) designados el importe de la “Suma Asegurada” establecida en la carátula de la “Póliza”.

En caso de no establecerse en la caratula de la póliza, se cubrirá un radio de un kilómetro. La distancia cubierta invariablemente se contará a partir de la puerta de las instalaciones de la “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático” según corresponda.

El “Asegurado” debe designar a su (s) “Beneficiario” (s) en forma clara y precisa para evitar dudas. La designación de los “Beneficiarios” atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del siniestro, por lo que serán ineficaces y se tendrán por no puestas, las designaciones para que una persona cobre la “Suma Asegurada” y la entregue a otra, por ejemplo, a “los hijos menores del “Asegurado””. Queda acordado entre Las Partes que los pagos de los siniestros procedentes se realizarán en el orden siguiente, para lo cual operaría la Designación Sustituta de “Beneficiario” establecida en la presente cobertura:

1. A los “Beneficiarios” libremente designados por El “Asegurado” en el porcentaje indicado, y si hubiera algún excedente siguiendo el orden establecido.
2. Si no hubiera “Beneficiarios”, a los que demuestren ser sus descendientes directos y cónyuge, dividido en partes iguales para cubrir el 100% o el porcentaje excedente del pago realizado en el punto 1.
3. Si no hubiera ninguno descrito en el punto 1 y 2, se pagará a los que demuestren ser sus ascendientes, en partes iguales al 100%.
4. Si no hubiera ninguno de los anteriores, a la concubina o concubinario legalmente reconocido al 100%.
5. En caso de no existir ninguno de los mencionados, La “Compañía” pagará a la sucesión legal al 100%.

Los pagos realizados en los términos antes indicados liberarán a La “Compañía” de cualquier obligación de pago en esta Cobertura, descontando los importes de primas devengadas que sean procedente.

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las coberturas otorgadas bajo el presente “Contrato” de Seguro.

2. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. **Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros dos años de vigencia de la “Póliza”.**
2. **Muerte en Riña, siempre que el “Asegurado” hubiere sido el provocador.**
3. **Muerte ocasionada por la participación directa del “Asegurado” en actos delictuosos intencionales.**

4. Muerte 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.

SECCIÓN 2.3. CONDICIONES PARTICULARES INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UN ROBO CON VIOLENCIA

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si el “Asegurado” sufre una “Invalidez Total y Permanente” a consecuencia directa de un “Robo con Violencia” ocurrido al momento de efectuar disposiciones en efectivo en una “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático”, dentro de los kilómetros establecidos en la carátula de la “Póliza”, entonces La “Compañía” pagará al “Asegurado” el importe de la “Suma Asegurada” establecida en la carátula de la “Póliza”.

En caso de no establecerse en la caratula de la póliza, se cubrirá un radio de un kilómetro. La distancia cubierta invariablemente se contará a partir de la puerta de las instalaciones de la “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático” según corresponda.

Para esta cobertura el “Asegurado” deberá proporcionar a La “Compañía”, original del Dictamen de Incapacidad Total y Permanente expedido por una Institución de Seguridad Social, o en su defecto, por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, acompañando los elementos probatorios necesarios para acreditar que se cumplen las características indicadas en la definición de “Invalidez Total y Permanente”.

Las obligaciones de La “Compañía” provenientes de este beneficio de indemnización por Invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento de El “Asegurado” dentro del “Periodo de Espera” establecido.

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las coberturas otorgadas bajo el presente “Contrato” de Seguro.

2. PERIODO DE ESPERA

El beneficio derivado del estado de “Invalidez Total y Permanente” del “Asegurado” comenzará su aplicación después de transcurridos 180 (ciento ochenta) días naturales de ocurrido el “Evento” que le dio origen, siempre y cuando el estado de “Invalidez Total y Permanente” prevalezca de forma in-interrumpida.

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.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. Lesiones auto-inflingidas sin importar la causa.
2. Actos ocurridos por culpa grave del “Asegurado”, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;
3. La Invalidez resultante de actos de terrorismo en los que participe directamente el “Asegurado” como sujeto activo.
4. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.
5. La participación directa del “Asegurado” en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el “Asegurado” sea el provocador.

SECCIÓN 2.4. CONDICIONES PARTICULARES

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS A CONSECUENCIA DE UN ROBO CON VIOLENCIA

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si como consecuencia directa del “Robo con Violencia” sufrido por el “Asegurado” ocurrido al momento de efectuar disposiciones en efectivo en una “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático”, dentro de los kilómetros, dentro de los días establecidos en la caratula para quedar cubiertos a partir de la fecha del “Evento”, El “Asegurado” se viera obligado a someterse a un tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de una enfermera, ambulancia o medicamentos, directa e inminentemente ocasionados por el “Robo con Violencia”, entonces La “Compañía” reembolsará a el “Asegurado” el importe del daño sufrido con límite al monto de la “Suma Asegurada” mencionada en la carátula de la “Póliza” el costo de los gastos realizados por estos conceptos, previa aprobación de La “Compañía”.

En caso de no establecerse en la caratula de la póliza, se cubrirá un radio de un kilómetro. La distancia cubierta invariablemente se contará a partir de la puerta de las instalaciones de la “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático” según corresponda. Si tampoco se estableciera en la carátula los días posteriores al “Evento” cubiertos, se establece una cobertura máxima de diez días.

2. PERIODO DE ESPERA

Para esta cobertura aplicará un “Periodo de Espera” entre cada uno de los “Eventos” de acuerdo a lo especificado en la carátula de la “Póliza” correspondiente.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. Los gastos realizados por acompañantes del “Asegurado” durante la internación de éste en un hospital, sanatorio o similar.
2. Actos ocurridos por culpa grave del “Asegurado”, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;
3. Padecimientos preexistentes.
4. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del “Asegurado” o elegidas voluntariamente por el “Asegurado”;

5. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.
6. La participación directa del “Asegurado” en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el “Asegurado” sea el provocador.

SECCIÓN 2.5. CONDICIONES PARTICULARES PROTECCIÓN CONTRA ROBO CON VIOLENCIA DE EFECTIVO EN CAJEROS AUTOMÁTICOS O SUCURSAL FINANCIERA

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si el “Asegurado” sufre un “Robo con Violencia” ocurrido al momento de efectuar disposiciones en efectivo en una “Sucursal Financiera y/o Cajero Automático”, en un radio de kilómetros, hasta el número de horas señaladas en la carátula de la póliza, después de realizado el retiro de efectivo, entonces La “Compañía” pagará al “Asegurado” el daño causado hasta el límite del importe de la “Suma Asegurada” establecida en la carátula de la “Póliza”.

En caso de no establecerse kilómetros y horas cubiertos, se entenderá como cobertura máxima un kilómetro y una hora a partir de la disposición del efectivo, contando la distancia a partir de la puerta de las instalaciones de la sucursal financiera o cajero automático.

2. PERIODO DE ESPERA

Para esta cobertura aplicará un “Periodo de Espera” entre cada uno de los “Eventos” de acuerdo a lo especificado en la carátula de la “Póliza” correspondiente.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. El Robo causado por dolo, mala fe o culpa grave del “Asegurado”, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;
2. Actos fraudulentos, deshonestos, ilegales o criminales, cometidos por el “Asegurado”, cotitulares, parientes sin limitación de grado, de las personas que civilmente dependan de él, o de las personas que le sean subordinadas laboralmente y a quienes haya revelado sus contraseñas o códigos de acceso bancarios.
3. Daños o perjuicios monetarios consecuenciales.

SECCIÓN 2.6. CONDICIONES PARTICULARES ROBO DE BOLSO O CARTERA

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si el “Asegurado” sufre el “Robo con Violencia” del “Bolso o Cartera” u “Objetos de Uso Personal” contenidos en el mismo y que sean propiedad de El “Asegurado”, entonces La “Compañía” pagará al “Asegurado” el daño causado hasta el límite del importe de la “Suma Asegurada” establecida en la carátula de la “Póliza”.

La “Compañía” en esta Cobertura también ampara los daños materiales del “Bolso o Cartera” siempre y cuando los mismos se hayan producido con motivo de perpetrarse el Robo de su contenido.

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

Av Ejército Nacional 843-B, piso 12, Col Granada, Miguel Hidalgo, CDMX, CP 11520 Tel. 53394040

Consulta términos, aviso de privacidad y requisitos de contratación en <https://zam.zurich.com.mx/>

2. PERIODO DE ESPERA

Para esta cobertura aplicará un "Periodo de Espera" entre cada uno de los "Eventos" de acuerdo a lo especificado en la carátula de la "Póliza" correspondiente.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. **No se cubren importes en efectivo robados.**
2. **El Robo causado por dolo, mala fe o culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**

SECCIÓN 2.7. CONDICIONES PARTICULARES COMPRA PROTEGIDA

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si el "Asegurado" sufre el "Robo con Violencia" de cualquier compra realizada con recursos propios a través de pagos electrónicos con tarjetas bancarias donde sea el titular, de objetos de uso personal mencionados en la carátula de la póliza, entonces La "Compañía" pagará al "Asegurado" el daño sufrido hasta el importe de la "Suma Asegurada" establecida en la carátula de la "Póliza".

Se entiende que no se ampara ninguna compra hecha en efectivo y que el "Asegurado" debe contar con un comprobante de pago de la compra que se está protegiendo, el cual debe haber sido realizado a título personal mediante recursos propios.

En el caso de no establecerse el tipo de objetos cubiertos en la carátula de la póliza, se entenderán cubiertos los que se señalan en la definición de "Objetos de Uso Personal".

2. PERIODO DE ESPERA

Para esta cobertura aplicará un "Periodo de Espera" entre cada uno de los "Eventos" de acuerdo a lo especificado en la carátula de la "Póliza" correspondiente.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. **No se cubren objetos comprados en efectivo.**
2. **No se cubren importes de dinero robados.**
3. **El Robo causado por dolo, actos deshonestos, mala fe o culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
4. **No se cubren las compras de obras de arte, artículos coleccionables, animales vivos, pieles, plantas, cheques, boletos de transporte, cupones de**

gasolina, escrituras, piedras preciosas, boletos de entrada a eventos, ni cualquier objeto destinado a la reventa.

5. No están cubiertos daños consecuenciales del robo.

SECCIÓN 2.8. CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CONTRA EL PHISHING

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Si el "Asegurado" sufre el Robo cibernético de "Información Financiera" considerada Confidencial y de Uso Exclusivo de el mismo "Asegurado", incluyendo contraseña o información detallada de tarjetas de crédito u otra Información Bancaria propiedad de El "Asegurado", y dicha información haya sido utilizada para realizar operaciones bancarias electrónicas no autorizadas ni reconocidas por el "Asegurado" en un periodo de horas establecidas en la caratula de la póliza, anteriores al reporte de robo a la entidad financiera, entonces La "Compañía" pagará al "Asegurado" el daño sufrido hasta el límite del importe de la "Suma Asegurada" establecida en la carátula de la "Póliza".

En caso de no establecerse el periodo de horas cubiertas anteriores al reporte de robo a la entidad financiera, se entenderá cubierto un máximo de cuatro horas.

2. PERIODO DE ESPERA

Para esta cobertura aplicará un "Periodo de Espera" entre cada uno de los "Eventos" de acuerdo a lo especificado en la carátula de la "Póliza" correspondiente.

3. EXCLUSIONES.

Esta cobertura no cubre:

1. Robo causado por la participación directa de El "Asegurado", en cualquier delito o acto ilícito.
2. Daños patrimoniales distintos a los que se hayan provocado directamente por el uso ilícito o indebido de tarjetas bancarias por eventos distintos a los cubiertos o no mencionados expresamente.
3. Actos fraudulentos, deshonestos, ilegales o criminales, cometidos por el "Asegurado", cotitulares, parientes sin limitación de grado, de las personas que civilmente dependan de él, o de las personas que le sean subordinadas laboralmente y a quienes haya revelado sus contraseñas o códigos de acceso bancarios.
4. Perdidas resultantes de operaciones comerciales o negocios en los que esté involucrado directa o indirectamente el "Asegurado".

Sección 3. Condiciones Generales

Condiciones Generales aplicables a todas las coberturas.

3.1. LÍMITE TERRITORIAL.

La presente “Póliza” surtirá sus efectos solo en la República Mexicana.

3.2. SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

Las Sumas Aseguradas y/o Límites que se establecen en la Carátula de esta póliza representan la base para delimitar la responsabilidad máxima de La “Compañía”, por lo que está en ningún caso estará obligada al pago de una cantidad superior.

3.3. OTROS SEGUROS.

Para la cobertura de Fallecimiento como consecuencia de un Robo con violencia, con independencia de otros seguros contratados, esta Aseguradora podrá cubrir un interés económico que resulte de los riesgos de que trata este contrato de seguro.

En las coberturas del seguro contra daños contratadas mediante el presente seguro, El Asegurado, cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

En todo caso de que otra aseguradora haya cubierto parcial o totalmente los gastos realizados, se procederá conforme a los artículos 102 y 103 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito de la otra aseguradora. Si el “Asegurado” omitiere intencionalmente dicho aviso o si contrata diversos seguros para obtener un provecho ilícito, La “Compañía” quedara liberada de sus obligaciones. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

3.4. LÍMITES DE EDAD.

Los límites de admisión fijados por La “Compañía” para todas las Coberturas son: la edad mínima de admisión es de 18 años y la edad máxima 70 años.

3.5. CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA. Las obligaciones de La “Compañía” quedarán extinguidas:

1. Si el “Asegurado”, el beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran, en relación con el siniestro, inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
2. Si con igual propósito no entregan en tiempo a La “Compañía”, la documentación de que trata la cláusula de Procedimiento para el caso de “Siniestro” de esta póliza.
3. Si hubiere en el siniestro actos dolosos o culpa grave de El “Asegurado”, “Beneficiarios” o sus respectivos Causahabientes.

3.6. SUBROGACIÓN DE DERECHOS. En los términos de la Ley, La “Compañía” se subrogará, hasta por la cantidad pagada, en los derechos de El “Asegurado” así como en sus correspondientes acciones, contra los autores o responsables del siniestro. Si por hechos u omisiones de El “Asegurado” se impide la subrogación, La “Compañía” quedará liberada de sus obligaciones. El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el “Asegurado” tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

3.7. LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN. La “Compañía” hará el pago de la indemnización, en caso de ser procedente, en sus oficinas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

3.8. 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 Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años, o de cinco años en caso de seguros de vida, 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.

3.9. COMUNICACIONES. Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato deberá enviarse a La “Compañía”, por escrito, precisamente a su domicilio, indicado en la carátula de esta “Póliza”. 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”.

3.10. PRIMA. La prima a cargo del “Asegurado” se regirá conforme a las siguientes reglas:

1. 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.
2. La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el “Asegurado” ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos 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 “Asegurado” y La “Compañía” a la fecha de celebración del contrato.
3. El “Asegurado” gozará de 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.
4. Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día del plazo de gracia convenido, si el “Asegurado” no hubiese cubierto el total de la prima o de la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades.
5. El pago de la prima, acreditado mediante el cargo a la tarjeta de crédito o débito o bien el recibo extendido en las formas registradas de La “Compañía”, servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato en los términos de las Condiciones Generales del producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3.11. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

En las coberturas de Fallecimiento a consecuencia de Robo con Violencia, Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un Robo con Violencia y Reembolso de Gastos Médicos a consecuencia de un Robo con Violencia, del presente contrato, **No podrá haber terminación anticipada por parte de la Aseguradora.**

En las coberturas de Daños, no obstante, el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente, mediante notificación por escrito:

1. Cuando EL ASEGURADO desee darlo por terminado, La “Compañía” tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro estuvo en vigor, de conformidad con las siguientes tablas:

TABLA PARA SEGUROS A CORTO PLAZO PARA TODAS LAS COBERTURAS

Hasta	1 día	10.5%
Hasta	1 mes	15%
Hasta	2 meses	30%
Hasta	3 meses	40%
Hasta	4 meses	50%
Hasta	5 meses	60%
Hasta	6 meses	70%
Hasta	7 meses	75%
Hasta	8 meses	80%
Hasta	9 meses	85%
Hasta	10 meses	90%
Hasta	11 meses	95%

La Tabla anterior no será aplicable en los casos en que se haya contratado un “Endoso” y/o Cláusula Adicional en la que se establezca una forma, tarifa o porcentaje específico para la devolución de primas en caso de terminación anticipada del contrato para las coberturas de daños.

2. El “Asegurado” podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del “Contrato” de Seguro bastando para ello la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de La “Compañía”, quien otorgará el acuse de recibo correspondiente.
3. La “Compañía” devolverá al “Contratante” y/o El “Asegurado” la prima que corresponda dentro del término de 15 días naturales contados a partir de la recepción del escrito de solicitud de terminación anticipada.
4. La “Compañía” no podrá solicitar la terminación anticipada para las coberturas de Fallecimiento a consecuencia de Robo con Violencia, Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un Robo con Violencia y Reembolso de Gastos Médicos a consecuencia de un Robo con Violencia, para el caso de que La Compañía, respecto a los ramos de daños, solicite la terminación del contrato, lo hará mediante notificación escrita a El “Asegurado”, efectuada en forma personal o a través del medio electrónico o tecnología a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, a través de la que, en su caso, se hubiese contratado el seguro, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de realizada la notificación y La “Compañía” devolverá la parte de la prima en forma proporcional al tiempo de vigencia no transcurrido, a más tardar al hacer la notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. Lo mismo se aplicará en caso de que La “Compañía” solicite la terminación anticipada de una o varias de las Coberturas o riesgo adicionales contratados a excepción de las coberturas de Fallecimiento a consecuencia de Robo con Violencia, Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un Robo con Violencia y Reembolso de Gastos Médicos a consecuencia de un Robo con Violencia,
5. No obstante, lo anterior, debe tomarse en consideración que los efectos de un “Contrato” de Seguro, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el “Contrato” de Seguro, cesan automáticamente a las doce horas del último día del plazo de gracia concedido para su pago, sin necesidad de notificación al “Contratante” o “Asegurado”.

3.12. INDEMNIZACIÓN. En caso de ser procedente el siniestro, La “Compañía” pagará al “Asegurado”, la indemnización que proceda dentro de los treinta días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación solicitadas por el área de siniestros. La “Compañía” pagará íntegramente el importe de los daños procedentes, hasta el monto de la suma asegurada, sin exceder del “Valor Real” que tengan los bienes al acaecer el siniestro, y aplicando los sub límites pactados.

3.13. PERDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO.

Las obligaciones de La “Compañía” quedarán extinguidas en los siguientes casos:

1. Si hubiere en el “Evento” culpa grave, dolo o mala fe del “Asegurado”;
2. Si el “Asegurado” o sus representantes omiten el aviso del “Siniestro” con la intención de impedir que se comprueben las circunstancias de la realización de El “Evento”.
3. Si el “Asegurado”, o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en el error, no le remiten en tiempo la documentación que La “Compañía” solicite sobre los hechos relacionados con el “Evento”.

3.14. RENUNCIA. En virtud que, por su forma de comercialización, en el presente seguro el “Asegurado” no efectuará su propuesta a través de un cuestionario, La “Compañía” renuncia a su derecho de rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones del “Asegurado” en el momento de la celebración del contrato.

3.15. RENOVACIÓN.

La COMPAÑÍA podrá renovar el Contrato de Seguro mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas. 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.

3.16. PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el “Contrato” del Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por 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.

3.17. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO. En cumplimiento al artículo 26 de la Ley Sobre el “Contrato” de Seguro se inserta textualmente el artículo 25 del mismo ordenamiento "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el “Asegurado” podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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."

3.18. 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.

3.19. 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.

3.20. MODIFICACIONES. Cualquier modificación al presente contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes, lo anterior en términos del artículo 19 de la Ley Sobre el “Contrato” de Seguro.

3.21. 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.

3.22. DESCUENTO POR NÓMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO).

En caso de que El “Contratante” y/o “Asegurado” haya elegido de forma voluntaria como medio de pago el descuento por nómina o la domiciliación bancaria (cuenta de cheques, debido o crédito) tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta bancarios se vea reflejada la retención o cargo de la “Prima” del Seguro contratado. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir a su agente de seguros o avisar directamente a La “Compañía” para reportarlo, ya que si dentro de los treinta días naturales posteriores al vencimiento de la prima no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del “Contrato” de Seguro.

En caso de cancelación de este “Contrato” de Seguro, por instrucciones expresas del “Contratante”, y según sea el caso, podrá procederse al cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de Cancelación por el desfaseamiento del cobro de la prima correspondiente.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la “Póliza” en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en este “Contrato”:

- a) Cancelación del instrumento bancario no notificado a la “Compañía”;
- b) Reposición de tarjeta (s) de crédito no notificada(s) a la “Compañía”.
- c) Por rechazo bancario.
- d) Falta de fondos o crédito.
- e) Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo imputable al “Contratante” y/o “Asegurado”.

3.23. 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 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.

3.24. CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

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 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 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 de El “Contrato” de Seguro serán restauradas una vez 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.

3.25. ARTÍCULOS TRANSCRITOS LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Artículo 19.- Para fines de prueba, el “Contrato” de Seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

ARTÍCULO 276.- 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 En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

SECCIÓN 4. QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, se procederá conforme a lo siguiente:

Medidas de salvaguarda o recuperación.

Al haberse producido un siniestro que cause un daño a una cosa asegurada, El “Asegurado” tendrá la obligación no variar el estado de las cosas siniestradas, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño.

Aviso de “Siniestro”.

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización, conforme a este seguro, tan pronto como El “Asegurado” o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro deberán comunicarlo a la brevedad posible vía telefónica o utilizando cualquiera de los medios electrónicos actuales de comunicación rápida y ratificarlo por escrito a La “Compañía”, dentro de un plazo máximo de cinco días, contados a partir del momento en que tenga conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor, situaciones en las que el aviso de siniestro deberá darlo tan pronto desaparezca el impedimento, tal y como se indica en el artículo 76, de la Ley Sobre el “Contrato” de Seguro.

La falta oportuna de este aviso en las coberturas de daños, podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiere importado el siniestro, si La “Compañía” hubiere tenido pronto aviso sobre el mismo. La “Compañía” quedará desligada de todas las obligaciones derivadas del contrato de seguro si El “Asegurado” o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Comprobación del “Siniestro”.

El “Asegurado” estará obligado a comprobar la exactitud de su reclamación y de cuantos extremos estén consignados en la misma. La “Compañía” tendrá el derecho de exigir de El “Asegurado” o del beneficiario toda clase de informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Salvamento.

El “Asegurado” estará obligado a entregar los bienes indemnizados que hayan sufrido daños en su funcionamiento, así como aquellos objetos recuperados en las coberturas de Robo.

Documentos, Datos e Informes que el “Asegurado” o el “Beneficiario” deben rendir a La “Compañía”, en caso de siniestro.

El “Asegurado” o los “Beneficiarios” según sea el caso, para comprobar la exactitud de su reclamación deberá presentar a La “Compañía” la siguiente documentación e información:

1. Un escrito en original dirigido a La “Compañía” y firmado por El “Asegurado”, formalizando la reclamación, en el que se informe fecha, hora, lugar y circunstancias del siniestro.
2. Una relación detallada y exacta de los bienes destruidos o averiados, así como un informe con el estado de los daños causados por el siniestro y el importe de los mismos, teniendo en cuenta el valor de los bienes en el momento del siniestro.
3. Notificar de inmediato y por escrito a La “Compañía” la existencia de salvamento, si lo hubiere.
4. Presupuesto de reparación de los daños.
5. La documentación contable que El “Asegurado” o beneficiario debe llevar, de conformidad con la legislación fiscal aplicable, y que permita determinar fehacientemente la pérdida, cuando proceda.
6. Los planos, proyectos, libros, recibos, facturas, notas de compraventa o remisión, certificados de avalúo o cualesquiera otros documentos en original o copia certificada que sirvan para apoyar su reclamación, comprobar su interés asegurable y la propiedad del bien asegurado. Dichas notas de compraventa o remisión o facturas, deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes.
7. En caso de actos ilícitos, El “Asegurado” deberá presentar la denuncia penal ante la autoridad correspondiente, su ratificación y pruebas de propiedad y preexistencia y entregar a La “Compañía” copias de las mismas.
8. Copias certificadas de todas las actuaciones practicadas por el Ministerio Público, Cuerpo de Bomberos y por cualquier otra autoridad que hubiere intervenido en la investigación del siniestro o de hechos

- relacionados con el mismo.
9. Original para cotejo y copia de su identificación oficial. En caso de que sea extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país.
 10. Formatos de reclamación proporcionados por el área de siniestros.

Para la cobertura de **Robo de Identidad**:

11. Facturas de gastos notariales o judiciales relacionados con la aclaración de los ilícitos cometidos al suplantar la identidad.

Para la cobertura de **Fallecimiento como consecuencia de un “Robo con Violencia”**:

12. Original del Acta de defunción del “Asegurado”, donde se establezcan las causas de la muerte.

Para la cobertura de **“Invalidez Total y Permanente” como consecuencia de un robo con violencia**:

13. Original del Dictamen de Incapacidad Total y Permanente expedido por una Institución de Seguridad Social, o en su defecto, por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.

Para la cobertura de **reembolso de gastos médicos como consecuencia de un robo con violencia**:

14. Original de las facturas hospitalarias desglosadas sobre los gastos médicos cubiertos de acuerdo al contrato.

La documentación anterior es enunciativa, La “Compañía” se reserva el derecho de solicitar la información y documentos relacionados con el “Siniestro” y/o “Evento”, así como a realizar todas las indagaciones o investigaciones relacionadas que considere pertinentes para determinar las circunstancias de su realización y consecuencias, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, La “Compañía” podrá solicitar documentación adicional de conformidad con lo previsto en el Artículo 69 de la Ley Sobre el “Contrato” de Seguro.

Determinación de Enfermedades Preexistentes

El “Asegurado” podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de 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 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 en el 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”.

No aceptación de responsabilidad.

El aviso oportuno del siniestro, la información y/o la presentación de la documentación que El “Asegurado” proporcione a La “Compañía” o a sus representantes, el requerimiento de información y documentación, así como la ayuda que La “Compañía” preste al “Asegurado” para la determinación de la pérdida, en ningún momento se interpretarán como la aceptación de responsabilidad por parte de La “Compañía”.



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 16 de noviembre de 2017 con el número PPAQ-S0037-0093-2017/CONDUSEF-003402-01.

La documentación y abreviaturas contenidas en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en <https://zam.zurich.com.mx/>. Para cualquier aclaración o duda relacionado con el seguro, contacte a la UNE de Atención a Usuarios al 01-800-227-2722 o al correo une@zurich.com. Los procedimientos para cancelación de "Póliza" o que hacer en caso de siniestros pueden ser consultados en nuestra página web antes referida.

Derechos básicos como contratante, asegurado y/o beneficiario de un Seguro.

¿Sabes cuáles son tus derechos antes y durante la contratación del Seguro?

- ✓ Solicitar a los Agentes de Seguros intermediarios del contrato o a empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la **identificación** que los acredite como tales.
- ✓ Solicitar a Zurich Aseguradora Mexicana te informe el **porcentaje de la prima** que por concepto de **comisión** o compensación directa, corresponda al Agente o a las personas morales a que se refiere la fracción II del artículo 103 de la LISF.
- ✓ Recibir toda la información que te permita conocer **las condiciones generales** del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como las formas de terminación del contrato.
- ✓ Evitar que, en los seguros de **accidentes y enfermedades** en que el solicitante se haya sometido a examen médico, se aplique la cláusula de preexistencia respecto de la enfermedad o padecimiento relacionado con el tipo de examen aplicado.

¿Sabes cuáles son tus derechos cuando ocurra un siniestro?

- ✓ Recibir el **pago de la indemnización** que resulte procedente, en función de la suma asegurada contratada y de los términos y condiciones de la póliza, aun cuando no se haya pagado la prima de seguro, siempre y cuando el siniestro ocurra dentro del periodo de gracia concedido en el contrato de seguro. En este caso, Zurich Aseguradora Mexicana podrá descontar la prima de la indemnización que corresponda efectuar.
- ✓ Saber que en los seguros de daños, toda indemnización efectuada por Zurich Aseguradora Mexicana, reduce en igual cantidad la suma asegurada, y que ésta puede **ser reinstalada** a solicitud del "Asegurado", previa aceptación de Zurich Aseguradora Mexicana, caso en el cual el "Asegurado" deberá pagar la prima respectiva.

Derechos básicos como contratante, asegurado y/o beneficiario de un Seguro.

- ✓ Cobrar una **indemnización por mora** en caso de que Zurich Aseguradora Mexicana, 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. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.
- ✓ Presentar, en caso de inconformidad con el tratamiento del siniestro, **una reclamación** por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE) de ZAM, 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; en este caso, el quejoso podrá solicitar a la CONDUSEF la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

En caso de cualquier duda, ZAM pone a tu disposición sus teléfonos de atención:

Distrito Federal y Área Metropolitana	53 39 40 00; desde el Interior de la República el (01)800 227 27 22.
Guadalajara	(01) (33) 36 16 67581
LADA sin costo	(01) 800 712 4499
Monterrey	(01) (81) 83 35 70 32
LADA sin costo	(01) 800 849 24 31
Cabina de "Siniestro"s (atención las 24 horas, los 365 del año)	55 15 50 04
Sitio Web	https://zam.zurich.com.mx/

ANEXO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

En cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros se informa:

DATOS DE LA CONDUSEF	
Domicilio de Oficinas Centrales	Av. insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100
Teléfono:	(55) 5448 7000
Telefonos Interior de la República	01 800 999 8080
Página Web	www.condusef.gob.mx

UNIDAD ESPECIALIZADA (UNE) DE QBE DE MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.	
Domicilio de Oficina Ciudad de México	Panzacola número 62 interior 102-204, Col. Villa Coyoacán, C.P. 04000, Ciudad de México.
Teléfono:	01-800-227-2722
Domicilio de Oficina Guadalajara	Av. Pedro Moreno 1677, Piso 5 Oficina 4, Col. Americana
Teléfono:	01-800-712-4499
Domicilio de Oficina Monterrey	Av. Vasconcelos 316 Ote., Col. Sierra Madre, C.P. 66250
Teléfono:	01-800-849-2431
Correo Electrónico	une@zurich.com
Página Web	https://zam.zurich.com.mx/
El Asegurado podrá presentar su solicitud de aclaración o queja en el domicilio de la institución de seguros o bien, en la UNE, mediante escrito, correo electrónico o cualquier otro medio por el que se pueda comprobar fehacientemente su recepción. En todos los casos la institución de seguros estará obligada a acusar de recibo de dicha solicitud	

REFERENCIAS	
Los preceptos legales mencionados en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultados en:	https://zam.zurich.com.mx/es-mx/referencias
Las abreviaturas de uso no común mencionadas en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultados en:	