



CONDICIONES GENERALES

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO ESCOLAR
EXPERIENCIA GENERAL**

ÍNDICE

I. CLÁUSULAS GENERALES	4
1ª DEFINICIONES.	4
2ª CONTRATO.	4
3ª COLECTIVIDAD ASEGURABLE.	4
4ª COLECTIVIDAD ASEGURADA.	4
5ª ALCANCE DE COBERTURA.	5
6ª ACTIVIDAD ESCOLAR.	5
7ª INGRESOS POSTERIORES A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.	5
8ª OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.	5
9ª MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.	5
10ª CAMBIO DE CONTRATANTE.	6
11ª OCUPACIÓN.	6
12ª DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.	6
13ª CERTIFICADOS INDIVIDUALES.	6
14ª REGISTRO DE ASEGURADOS.	7
15ª REPORTE DE MOVIMIENTOS.	7
16ª DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD.	7
17ª CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS.	7
18ª SUMA ASEGURADA.	7
19ª AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.	8
20ª PRIMA.	8
21ª RENOVACIÓN.	8
22ª REHABILITACION.	9
23ª RECLAMACIONES.	9
24ª INDEMNIZACIÓN.	9
25ª EDAD.	9

26ª OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE:	9
27ª COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.	10
28ª INDEMNIZACIÓN POR MORA.	10
29ª VIGENCIA.	10
30ª PRESCRIPCIÓN.	10
31ª MONEDA.	10
32ª COMPETENCIA.	10
33ª. COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS.	11
34ª PROTECCIÓN DE DATOS.	11
35ª: OFAC.	11
II.- COBERTURAS.	12
1: BÁSICA POR MUERTE ACCIDENTAL. (EXCLUSIVAMENTE PARA MAYORES DE DOCE (12) AÑOS).	12
2: COBERTURAS ADICIONALES.	12
2.1. ADICIONAL POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS.	12
2.1.1 TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A”.	12
2.1.2. TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B”.	13
2.2: ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS.	14
3: EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS.	15

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 Colectivo Escolar con la COMPAÑÍA.

ASEGURADO. Cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA, sujeto a los riesgos amparados por la póliza respectiva.

ASEGURADORA Y/O COMPAÑÍA. Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

INTEGRANTE. A cualquier persona que forme parte de la COLECTIVIDAD ASEGURADA.

CERTIFICADO. A los certificados individuales de seguro colectivo.

COLECTIVIDAD. 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 COLECTIVO. Al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a una Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades prevista en los artículos 25 fracción II y 27 fracciones III, IV y V de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.s.

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.

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 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente y como consecuencia del mismo. No se considerarán ACCIDENTES las lesiones intencionalmente causadas por el ASEGURADO.

DEDUCIBLE. Es la suma de dinero o porcentaje que se establece en la póliza de seguro como no indemnizable por la Compañía, siendo el límite mínimo que debe rebasar la reclamación para que pueda ser sujeta de una Indemnización por parte de la Compañía. Se aplica exclusivamente a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

ENDOSO: Documento que modifica: bases, términos y condiciones de la póliza y forma parte integrante de ésta última.

2ª CONTRATO. Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos, certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, 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 COMPAÑÍA.

3ª COLECTIVIDAD ASEGURABLE. Está constituida por los alumnos, personal docente y administrativo del Colegio o Escuela representado por el CONTRATANTE y cuyas características se mencionan específicamente en la carátula de la póliza, siempre que reúna los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo.

4ª COLECTIVIDAD ASEGURADA. Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la COMPAÑÍA por conducto del CONTRATANTE, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la COMPAÑÍA.

5ª ALCANCE DE COBERTURA. La COMPAÑÍA conviene en Asegurar contra ACCIDENTES la actividad escolar de la COLECTIVIDAD integrada por los alumnos, personal docente y administrativo del Colegio o Escuela representado por el CONTRATANTE y que se encuentren dados de alta en el Registro de Asegurados respectivo.

6ª ACTIVIDAD ESCOLAR. La protección que otorga este seguro es exclusivamente para la actividad escolar que desarrollen los ASEGURADOS y que comprende desde el momento en que los ASEGURADOS inicien el viaje ininterrumpido de su casa a la escuela por cualquier medio de transporte terrestre, excepto en motocicleta o motoneta, su estancia en el edificio y predio de la escuela y el viaje ininterrumpido de regreso a su domicilio. Asimismo, los asegurados están protegidos en las excursiones, eventos deportivos y otras actividades, siempre que se encuentren organizadas y supervisadas por la autoridad de la escuela.

7ª INGRESOS POSTERIORES A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA. Las personas que ingresen a la COLECTIVIDAD ASEGURADA 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 de la COLECTIVIDAD ASEGURADA de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la COLECTIVIDAD ASEGURADA 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 adicionales para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la COMPAÑÍA exija requisitos adicionales 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.

8ª 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, 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.

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 de 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 COMPAÑÍA no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la COMPAÑÍA 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 Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral al personal docente y administrativo del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato 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, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo.

11ª OCUPACIÓN. Si el ASEGURADO cambia de ocupación, deberá avisar inmediatamente por escrito a LA COMPAÑÍA, quien estará facultada para rescindir el contrato o para extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicho cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito del cambio de ocupación, la COMPAÑÍA, en caso de siniestro, únicamente deberá devolver la prima no devengada correspondiente a ese ASEGURADO, quedando liberada de cualquier obligación.

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

- a) Cada miembro de la COLECTIVIDAD ASEGURADA, mayor de edad, 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) Cuando el miembro de la COLECTIVIDAD ASEGURADA tenga doce años cumplidos o mas, pero aun sea menor de edad, podrá designar beneficiario(s) mediante su consentimiento personal y el de su representante legal, ya sea padre o tutor.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la COMPAÑÍA paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- f) 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.
- 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.

13ª CERTIFICADOS INDIVIDUALES. La COMPAÑÍA 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 Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral al personal docente y administrativo del CONTRATANTE, se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento de Seguro de Grupo.
- 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 de la COLECTIVIDAD ASEGURADA dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta póliza, dejando de pertenecer a la COLECTIVIDAD ASEGURADA, 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.

16ª DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD. Únicamente cuando el Seguro Colectivo contratado tenga por objeto otorgar una prestación laboral al personal docente y administrativo del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA otorga al miembro que se separe definitivamente de la COLECTIVIDAD ASEGURADA el derecho de Conversión a una póliza de Accidentes Personales individual con las siguientes características:

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 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.

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

17ª CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS. Los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro de la COLECTIVIDAD ASEGURADA 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 el límite máximo de Responsabilidad de LA COMPAÑÍA por cada Asegurado y para cada Cobertura, a consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, endosos, condiciones generales y especiales de la póliza.

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 pactada o con la regla para determinarla, LA COMPAÑÍA, pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la suma asegurada pactada o regla para determinarla. 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 registrará conforme a las siguientes reglas:

- a) La prima de la COLECTIVIDAD ASEGURADA 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 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 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 Colectivo 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 PRIMA, 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 la Colectividad 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, 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, pero ésta se encuentra en los límites de edad admitidos, LA COMPAÑÍA pagará la SUMA ASEGURADA pactada.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro de la Colectividad 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..

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. En caso de que la edad real en la fecha de la renovación de la póliza se encuentre fuera de los límites de admisión, será nulo el seguro correspondiente a dicho ASEGURADO, quedando liberada la COMPAÑÍA de toda responsabilidad.

26ª 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 Colectivo 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 a la Colectividad de integrantes nuevos.

- d) La separación definitiva de Integrantes de la COLECTIVIDAD ASEGURADA.
- 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.

27ª 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.

28ª 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, Beneficiario o Tercero Dañado, 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.

29ª 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.

30ª 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.

31ª 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.

32ª 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.

33ª: COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TÍTULO 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.”

34ª: 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 Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390., 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 unidad.especializada@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.

35ª: 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 ACCIDENTAL (EXCLUSIVAMENTE PARA MAYORES DE DOCE AÑOS CUMPLIDOS). LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados, la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si el ASEGURADO mayor de doce años (cumplidos) fallece a consecuencia de un ACCIDENTE, mientras esta póliza se encuentre en vigor y el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes.

Tratándose de menores de doce años, en caso de muerte accidental, LA COMPAÑÍA únicamente reembolsará, previa comprobación, los gastos funerarios erogados, hasta por el monto indicado para este Beneficio en la carátula de la póliza.

2 COBERTURAS ADICIONALES. Durante la vigencia de ésta póliza, la CONTRATANTE y/o los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA 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.

Las Coberturas Adicionales que pueden ser contratadas son las siguientes:

- **ADICIONAL POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS**
- **ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

2.1. ADICIONAL POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS: si a consecuencia de un accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas más adelante, la COMPAÑÍA 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.

2.1.1 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.

Escala A	
Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de suma asegurada
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.

2.1.2. 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.

Escala B	
Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de la Suma Asegurada
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.

2.2 ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS. La Compañía le reembolsará al Asegurado los gastos en que éste incurra, hasta la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse, consumir medicamentos, o hacer uso de los servicios de médico, enfermera o ambulancia. Esta indemnización, si esta contratada, será independiente de las otras a que tuviere derecho.

Esta cobertura se sujeta a lo siguiente:

- 1) La Compañía sólo pagará los servicios médicos que sean proporcionados por instituciones o por personas físicas o morales autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad y que no sean familiares o socios del ASEGURADO. El ASEGURADO deberá entregar a la COMPAÑÍA recibos o facturas con los requisitos fiscales respectivos.
- 2) Los medicamentos y análisis clínicos o de gabinete deben ser prescritos por un médico, por lo que, al solicitar el reembolso, el ASEGURADO deberá presentar las recetas, órdenes medicas y los resultados de los análisis respectivos.
- 3) Los gastos que resulten de prótesis dental y ambulancia serán cubiertas hasta un límite de 15% y 5% respectivamente, de la Suma Asegurada de esta Cobertura.
- 4) La responsabilidad de la Compañía por uno o más eventos, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- 5) No se cubren gastos de acompañante, de lujo o recreativos.
- 6) En caso de que el Asegurado tuviera esta Cobertura amparada en todo o en parte por otros seguros, en ésta o en otras Compañías, el reembolso pagadero en total por todas las Pólizas no excederá a los gastos incurridos, los que se liquidarán en forma proporcional a los beneficios contratados en cada Póliza.
- 7) La Suma Asegurada para esta cobertura será por accidente cubierto, por lo que la responsabilidad de la Compañía finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados cuando:
 - a) Se agote la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura, ó;
 - b) Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza, ó;
 - c) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones.
 Lo que ocurra primero.

- 8) Los límites establecidos para el pago de los beneficios asegurados se aplicarán por cada accidente, siempre que sea diferente y no tenga relación ni dependencia entre sí con cualquier otro.

3. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS. La Cobertura por Muerte Accidental y las Adicionales que hayan sido contratadas quedarán excluidas cuando se originen por o sean consecuencia de:

- a) Suicidio, lesiones o padecimientos provocados intencionalmente por el propio ASEGURADO aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- b) Lesiones o accidentes provocados por culpa grave del ASEGURADO, 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.
- c) Lesiones causadas en Riña siempre que el ASEGURADO hubiere sido el provocador.
- d) La participación directa del ASEGURADO en actos delictivos intencionales.
- e) Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.
- f) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el ASEGURADO.
- g) Lesiones o accidentes sufridos al prestar servicio militar de cualquier clase.
- h) Cualquier accidente ocurrido fuera de la Actividad Escolar del Asegurado
- i) Cualquier forma de navegación submarina.
- j) Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.
- k) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- l) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
- m) Gastos de Hospitalización a terceros.
- n) Hernias o eventraciones, excepto cuando sean a causa de un accidente.
- o) Vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares, por ejemplo, vuelos charter, taxis aéreos, helicópteros, globos y planeadores.
- p) Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- q) Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor
- r) La práctica ocasional, amateur o profesional de deportes peligrosos como por ejemplo, paracaidismo, buceo, tauromaquia, charrería,

alpinismo, motociclismo, cualquier clase de deporte aéreo, esquí, tauromaquia, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a final vertical stroke, positioned to the right of the main text block.

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 17 de enero de 2011, con el número CNSF-S0037-1011-2010/CONDUSEF-002894-01 y modificadas con el Registro Especial RESP-S0037-0368-2015 de fecha 8 de abril de 2015.