



PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V.
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. Tel 52840705
<https://zam.zurich.com.mx>

ÍNDICE

	CONDICIONES PARTICULARES	
1°	DEFINICIONES GENERALES	2
2°	DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	3
	2.1 COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE EMPLEADOS	3
	2.1.1 RESTRICCIONES	4
	2.1.2 CAMBIO DE COBERTURA	4
	2.1.3 TERMINACIÓN DEL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD	4
	2.1.4 COMPROBACIÓN DEL DESPIDO INJUSTIFICADO	4
	2.1.5 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE EMPLEADOS	4
	2.2 COBERTURA DE INCAPACIDA TOTAL PARA TRABAJAR	5
	2.2.1 RESTRICCIONES	5
	2.2.2 CAMBIO DE COBERTURA	6
	2.2.3 TERMINACIÓN DEL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD	6
	2.2.4 COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR	6
	2.2.5 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR	6
	2.3 COBERTURA ADICIONAL DE PERDIDAS ORGÁNICAS	7
	2.3.1 RESTRICCIONES	8
	2.3.2 COMPROBACIÓN DE LAS PÉRDIDAS ORGÁNICAS	8
	2.3.3 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS	9
	2.4 PROGRAMA DE ASISTENCIA	9
	2.4.1 CONSEJO LABORAL TELEFÓNICO	9
	2.4.2 ASISTENCIA EN CASO DE DESEMPLEO	9
	2.4.3 ASISTENCIA LEGAL TESTAMENTARIA	10
	2.4.4 EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS	10
	CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	10
3°	EXCLUSIONES GENERALES	10
4°	LÍMITE TERRITORIAL	11
5°	SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE RESPONSABILIDAD	11
6°	DEDUCIBLE	11
7°	OTROS SEGUROS	11
8°	LÍMITES DE EDAD	11
9°	CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	11
10°	MODIFICACIONES	11
11°	LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	11
12°	COMPETENCIA	11
13°	COMUNICACIONES	12
14°	PRIMA	12
15°	PROCEDIMIENTO PARA EL CASO DE SINIESTRO	12
16°	INDEMNIZACIÓN	12
17°	RENUNCIA	12
18°	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	13
19°	TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO	13
20°	PREESCRIPCIÓN	13
21°	ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	13
22°	INDEMNIZACIÓN POR MORA	13
23°	MONEDA	13
24°	VIGENCIA	14
	COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TÍTULO 4, CAPÍTULO 4.5, DISPOSICIÓN 4.5.2)	14
25°		14
26°	BASES PARA LA COMERCIALIZACIÓN POR MÉDICOS ELECTRÓNICOS	14
27°	PROTECCIÓN DE DATOS	15
28°	ARTÍCULOS TRANSCRITOS	14

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA S.A. DE C.V., denominada en lo sucesivo la Compañía, con sujeción a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares teniendo prelación estas últimas sobre las primeras, asegura a favor de la persona citada en la carátula de la póliza, denominada en lo sucesivo el Asegurado, contra los daños y/o pérdidas ocasionadas por los riesgos cubiertos donde tenga interés asegurable conforme a los términos establecidos en esta póliza.

CONDICIONES PARTICULARES

1ª DEFINICIONES GENERALES.

Para efectos del presente Contrato de Seguro, las partes convienen en adoptar las siguientes definiciones:

- 1.1 Accidente:** es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado.
- 1.2 Asegurado:** es la persona física titular del interés asegurado.
- 1.3 Auto Empleado:** serán considerados Auto Empleados para los efectos de este seguro los Trabajadores que carezcan de un contrato de trabajo, los Comerciantes y los Profesionistas independientes que perciban una remuneración económica por dichas actividades, siempre y cuando se encuentren inscritos en el Registro Federal de Contribuyentes y puedan acreditar sus ingresos a través de sus declaraciones fiscales.
- 1.4 Compañía:** Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.
- 1.5 Contratante:** para el caso de los seguros contratados individualmente, el Contratante corresponde a la persona del Asegurado.
- 1.6 Despido Injustificado:** es la rescisión del contrato individual de trabajo, realizada por el patrón o sus representantes, sin que exista razón o justificación legal para ello, por causas ajenas a la voluntad del Empleado y sin responsabilidad de su parte.
- 1.7 Empleado:** es la persona física que presta sus servicios bajo contrato definitivo o de base, por tiempo indeterminado, realizando para su Patrón un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, y que está inscrita, por parte del Patrón, en alguna Institución de Seguridad Social.
- 1.8 Evento:** es la ocurrencia del riesgo amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del seguro. Se entenderá por un solo evento, el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- 1.9 Incapacidad Total para Trabajar:** es la incapacidad total (permanente o temporal), dictaminada por un médico especialista en la materia, que imposibilite al Auto Empleado para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación remunerada habitual y que lo obligue a estar recluso, por indicación médica, en un sanatorio, hospital o en su domicilio.
- 1.10 Institución de Seguridad Social:** es el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y/o 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.
- 1.11 Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente:** es aquel que previamente a la celebración del contrato:
 - a) 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 reclamante podrá optar, en caso de que notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía por motivo de padecimientos preexistentes, en acudir ante un arbitraje independiente. El trámite de arbitraje será gratuito para el asegurado. Dicho arbitraje puede ser propuesto ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por lo que las bases del mismo, en su caso, las fijará dicha autoridad.

- 1.12 Patrón:** es la persona, física, moral o ente con personalidad jurídica, que tiene a su servicio una o más personas físicas o trabajadores, que ponen a su disposición su fuerza de trabajo a cambio de una remuneración o sueldo; el Patrón para los efectos de este contrato debe estar inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes.
- 1.13 Periodo Activo Mínimo:** es el período posterior inmediato a la fecha de la contratación inicial de la(s) Cobertura(s) y durante el cual el Asegurado no puede hacer uso de la(s) misma(s). El Período Activo Mínimo para cualquiera de las Coberturas contratadas es de 3 meses. En caso de que la Póliza no sea renovada y, con posterioridad, el Asegurado contrate nuevamente este Seguro, deberá cumplir otra vez con el Período Activo Mínimo.
- 1.14 Periodo de Eliminación:** es el periodo que debe transcurrir entre el Despido Injustificado o la dictaminación de Incapacidad Total para Trabajar y el inicio de la obligación de pago de la Compañía, siempre que el Desempleo Involuntario o la Incapacidad Total para Trabajar subsistan. El Período de Eliminación para las Coberturas antes mencionadas es de 30 días naturales. Este periodo únicamente puede aplicar una vez vencido el Periodo Activo Mínimo.
- 1.15 Plazo Máximo de Responsabilidad:** es el periodo máximo durante el cual la Compañía se obliga a indemnizar la suma asegurada, mediante rentas mensuales, por un siniestro amparado por las Coberturas de Desempleo Involuntario de Empleados e Incapacidad Total para Trabajar. El Plazo Máximo de Responsabilidad será el establecido en la Carátula de la Póliza.
- 1.16 Siniestro:** es la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro cuyos efectos dañosos se encuentran cubiertos en éste, hasta el Límite Máximo de Responsabilidad contratado.
- 1.17 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.

2ª DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado, hasta por el Límite y/o Suma Asegurada indicada en la carátula de esta póliza y de acuerdo con las coberturas contratadas expresamente, sujeto a las exclusiones y demás términos y condiciones de esta póliza, siempre y cuando el evento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

La contratación de las Coberturas de Desempleo Involuntario de Empleados e Incapacidad Total para Trabajar es de carácter excluyente, es decir, la contratación o aplicación de una cobertura excluye a la otra.

2.1 COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE EMPLEADOS.

Cuando durante la vigencia del seguro, el Asegurado deje de laborar para el Patrón al que presta sus servicios como Empleado, a consecuencia de un Despido Injustificado, dejando de percibir ingresos económicos por su trabajo, la Compañía pagará al Asegurado, siempre que hayan transcurrido los Periodos Activo Mínimo y de Eliminación, respectivamente, las rentas mensuales estipuladas en la Carátula de la Póliza, hasta que el Asegurado se reincorpore a alguna actividad o trabajo, o concluya el número máximo de rentas mensuales pactadas, lo que ocurra primero.

2.1.1 RESTRICCIONES.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado por el Asegurado por una sola ocasión dentro de un periodo de doce (12) meses de vigencia ininterrumpida de la cobertura, debiendo cumplir, a la fecha de ocurrencia del Despido Injustificado, con los siguientes requisitos:

- a) Haber sido Despedido de un trabajo en el que prestaba sus servicios como Empleado.
- b) Haber laborado ininterrumpidamente, al menos durante los últimos 12 (doce) meses anteriores al despido, y tener una antigüedad laboral mínima de 3 (tres) meses en su último trabajo; y
- c) Que el Patrón del Asegurado esté inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes.

2.1.2 CAMBIO DE COBERTURA.

En caso que, durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado cambie su carácter de Empleado por el de Auto empleado, le dejará de ser aplicable la Cobertura de Desempleo Involuntario de Empleados y le será aplicable la Cobertura de Incapacidad Total para Trabajar, siempre y cuando cumpla con las características requeridas para ser considerado Auto Empleado, según los términos de la presente póliza.

2.1.3 TERMINACIÓN DEL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

El Plazo Máximo de Responsabilidad de la Compañía concluirá al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos, lo que suceda primero:

- a) Terminación del estado de Desempleo;
- b) Pago del número máximo de rentas pactadas para la Cobertura contratada; o
- c) Fallecimiento del Asegurado.

2.1.4 COMPROBACIÓN DEL DESPIDO INJUSTIFICADO.

El Asegurado, al presentar a la Compañía reclamación para hacer efectiva la Cobertura de Desempleo Involuntario de Empleados deberá presentar la información y documentación siguiente:

- a) Aviso de Despido entregado por el Patrón, en su caso.
- b) Baja por separación voluntaria, en su caso; únicamente en los casos en que el Empleado argumente haber sido obligado con coacción o engaño a su firma y no estar de acuerdo con la misma por tratarse en realidad de un Despido Injustificado.
- c) Copia sellada de recibido por autoridad laboral del escrito de demanda contra el Patrón argumentando Despido Injustificado.
- d) Finiquito por terminación de relación laboral, en que se indiquen las cantidades recibidas por el Asegurado por prestaciones y demás percepciones, en su caso.
- e) Recibos de nómina expedidos por el Patrón, correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al Despido Injustificado.
- f) Documentación que acredite que el Asegurado laboró ininterrumpidamente, al menos durante los últimos doce (12) meses anteriores al despido.
- g) Contrato de trabajo, o constancia laboral elaborada por el Patrón en hoja membretada con sello y firma de Patrón y Empleado, indicando tipo de contrato laboral, en su caso.
- h) Alta y baja de la Institución de Seguridad Social a la cual se haya encontrado afiliado el Asegurado hasta su Despido.

2.1.5 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE EMPLEADOS.

No es procedente la indemnización de la Cobertura cuando el desempleo derive de:

- a) Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido justificado).
- b) Renuncia abandono o pérdida voluntaria del empleo por parte del Asegurado.
- c) Jubilación, Pensión o retiro del Asegurado.
- d) Terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento entre el Patrón y el Asegurado.
- e) Despido de una persona que no tenga el carácter de Empleado.
- f) Desempleo del Asegurado ocurrido antes de la contratación del seguro o dentro del Periodo Activo Mínimo.
- a) Notificación del desempleo por parte del Patrón al Empleado, dentro de los noventa días anteriores a la fecha de la contratación inicial de la Cobertura.
- b) Suspensión de la relación laboral del asegurado, originada por paros, disputas laborales o huelgas: en este último caso se aplicara la exclusión por todo el tiempo que dure la huelga y cuando la misma sea calificada como ilícita o declarada inexistente en los términos de la Ley del Trabajo.
- c) Extinción de la relación laboral debido a programas anunciados (recorte de personal) por el empleador del Asegurado en forma previa a la fecha de la contratación inicial de la Cobertura, para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que, de manera específica o en general, incluyan la descripción de las actividades laborales desempeñadas por el Asegurado.
- d) Enfermedad o lesión del Asegurado.
- e) Intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude, conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al Contrato Laboral o la omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme al Contrato Laboral.
- f) Conducta delictiva del Asegurado.

2.2 COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR.

Cuando durante la vigencia del seguro, el Asegurado Auto Empleado, sufra alguna enfermedad o accidente que le produzca una Incapacidad Total para Trabajar, la Compañía pagará al Asegurado, siempre que hayan transcurrido los Periodos Activo Mínimo y de Eliminación, respectivamente, las rentas mensuales estipuladas en la Carátula de la Póliza, mientras subsista el estado de Incapacidad Total para Trabajar, o concluya el número máximo de rentas mensuales pactadas, lo que ocurra primero.

2.2.1 RESTRICCIONES.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado por el Asegurado Auto Empleado por una sola ocasión dentro de un periodo de doce (12) meses de vigencia ininterrumpida de la cobertura, debiendo cumplir, a la fecha de ocurrencia de la Incapacidad Total para Trabajar, con el siguiente requisito:

- a) Haber desempeñado actividades remuneradas como Auto Empleado al menos durante los últimos 12 (doce) meses anteriores a la ocurrencia del accidente o enfermedad que causó la Incapacidad Total para Trabajar.

2.2.2 CAMBIO DE COBERTURA.

En caso que, durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado cambie su carácter de Auto Empleado por el de Empleado, le dejará de ser aplicable la Cobertura de Incapacidad Total para Trabajar y le será aplicable la Cobertura de Desempleo Involuntario de Empleados, siempre y cuando cumpla con las características requeridas para ser considerado Empleado, según los términos de la presente póliza.

2.2.3 TERMINACIÓN DEL PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

El Plazo Máximo de Responsabilidad de la Compañía concluirá al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos, lo que suceda primero:

- a) Terminación del estado de Incapacidad Total para Trabajar;
- b) Pago del número máximo de rentas pactadas para la Cobertura contratada; o
- c) Fallecimiento del Asegurado.

2.2.4 COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR.

El Asegurado, al presentar a la Compañía reclamación para hacer efectiva la Cobertura de Incapacidad Total para Trabajar deberá presentar la información y documentación siguiente:

- a) Estados de cuenta bancarios, comprobante de pago de impuestos y otro tipo de documentos que acrediten que el Asegurado desempeñó actividades remuneradas como Auto Empleado durante los últimos 12 meses anteriores a la ocurrencia del accidente o enfermedad que causó la Incapacidad Total para Trabajar.
- b) Certificado emitido por médico especialista en la materia, que dictamine, con base en radiografías, estudios de laboratorio, electrocardiogramas u otro tipo de exámenes o análisis médicos necesarios, que el Asegurado se encuentra incapacitado totalmente, en forma permanente o temporal, para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación remunerada habitual y que debe estar recluido, por indicación médica, en un sanatorio, hospital o en su domicilio; el Certificado médico deberá incluir el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad o accidente.
- c) Radiografías, estudios de laboratorio, electrocardiogramas y cualquier otro tipo de exámenes médicos realizados al Asegurado, con su interpretación correspondiente, que sirvieron de base para emitir el Certificado Médico que dictaminó la Incapacidad Total para Trabajar.
- d) La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe, a su costa, la existencia y/o persistencia del estado de Incapacidad Total para Trabajar, mediante la designación de un médico especialista en la materia que efectuará una revisión del estado físico y mental, en su caso, del Asegurado, quien deberá someterse a estos exámenes, a solicitud de la Compañía, al solicitar la Cobertura o durante el tiempo en que se encuentre gozando del mismo. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura.

2.2.5 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL PARA TRABAJAR).

No es procedente la indemnización de la Cobertura cuando la Incapacidad Total para Trabajar derive de:

- a) Lesión corporal auto-infligida intencionalmente por el Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, o en la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.
- c) Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
- d) Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador.
- f) Accidentes ocurridos durante la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
- g) Intento de suicidio.
- h) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- i) Un Evento ocurrido antes de la contratación del seguro o dentro del Periodo Activo Mínimo.
- j) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histérica, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- k) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes y su atención médica y complicaciones.
- l) Las afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- m) La aplicación de métodos o tratamientos para el control de la Natalidad.
 - n) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos solicitados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes.
 - o) Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo habiendo sido prescrito por un médico.

2.3 COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Durante la vigencia de ésta póliza, el Asegurado Empleado o Auto Empleado podrá complementar su protección, a través de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas, la cual operará únicamente cuando se encuentre expresamente mencionada como amparada en la Carátula.

Si habiendo transcurrido el Periodo Activo Mínimo, a consecuencia de un accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas enunciadas más adelante, la Compañía pagará al asegurado, en una sola exhibición, una indemnización igual a la que resulte de aplicar el porcentaje indicado en la Tabla de Indemnización, a la suma asegurada pactada para esta Cobertura en la carátula de la póliza:

Tabla de Indemnización

Descripción de la pérdida	Porcentaje de Suma Asegurada
La vista de ambos ojos	100 %
Ambas manos	100 %
Ambos pies	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano conjuntamente con la vista de un ojo	100 %
Un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100 %
Una mano	50 %
Un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El dedo pulgar de una mano	15 %
El dedo índice de una mano	10 %

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 eventos, 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.

2.3.1 RESTRICCIONES.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado por el Asegurado por una sola ocasión dentro de un periodo de doce (12) meses de vigencia ininterrumpida de la cobertura.

2.3.2 COMPROBACIÓN DE LAS PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

El Asegurado, al presentar a la Compañía reclamación para hacer efectiva la Cobertura de Pérdidas Orgánicas deberá presentar la información y documentación siguiente:

- a) Certificado Médico expedido por una Institución de Seguridad Social si se trata de un Asegurado Empleado o por un médico especialista en la materia si se trata de un Asegurado Auto Empleado, que dictamine la Pérdida Orgánica reclamada.
- b) Radiografías, estudios de laboratorio, electrocardiogramas y cualquier otro tipo de exámenes médicos realizados al Asegurado, con su interpretación correspondiente, que sirvieron de base para emitir el Certificado Médico que dictaminó la Pérdida Orgánica reclamada.
- c) Copia certificada de las Actuaciones Penales ante la autoridad correspondiente, únicamente en los casos en que el Ministerio Público haya tenido conocimiento del Accidente.
- d) La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe, a su costa, la existencia de la Pérdida Orgánica reclamada, mediante la designación de un médico especialista en la materia que efectuará una revisión del estado físico del Asegurado, quien deberá someterse a estos exámenes, a solicitud de la Compañía, al solicitar la Cobertura o durante el tiempo en que se encuentre gozando de la misma. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura.

2.3.3 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

No es procedente la indemnización de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas cuando las mismas deriven de alguno de los supuestos establecidos en los incisos a) hasta el i) incluido, de las Exclusiones de la Cobertura de Incapacidad Total para Trabajar, contenidas en el numeral 2.2.5 de esta póliza.

2.4 PROGRAMA DE ASISTENCIA.

En caso de estar contratada esta Cobertura expresamente en la carátula de la póliza, la Compañía ofrecerá los siguientes Servicios de Asistencia, al Asegurado:

2.4.1 CONSEJO LABORAL TELEFÓNICO.

La Compañía se compromete a asesorar y asistir en forma telefónica al Asegurado dentro del territorio de la República Mexicana, las 24 horas de los 365 días del año, de la siguiente forma:

- a) **LÍNEA DE AYUDA PARA TEMAS RELACIONADOS AL TRABAJO.**
La Compañía otorgará consejo telefónico en temas relacionados con solución de conflictos en el lugar de trabajo, dudas sobre obligaciones o responsabilidades laborales o cualquier otro tema de carácter laboral.
- b) **CONSEJO LEGAL TELEFÓNICO SOBRE TEMAS LABORALES.**
La Compañía brindará asistencia jurídica laboral telefónica gratuita a los Asegurados que la soliciten.
- c) **ASISTENCIA JURÍDICA PERSONAL EN CASOS DE ACOSO Y/O DISCRIMINACIÓN.**
La Compañía, previa llamada telefónica del Asegurado, le asignará un Abogado para que le proporcione, en días y horas hábiles, consejería jurídica personal en casos de acoso y/o discriminación laboral.

2.4.2 ASISTENCIA EN CASO DE DESEMPLEO.

La Compañía se compromete a asesorar y asistir al Asegurado dentro del territorio de la República Mexicana, las 24 horas de los 365 días del año, de la siguiente forma:

- a) **ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA EN CASO DE PÉRDIDA DEL TRABAJO.**
La Compañía se obliga a asesorar y asistir jurídicamente en forma telefónica a los Asegurados en caso de pérdida de trabajo.

- b) **REFERENCIAS PSICOLÓGICAS.** La Compañía se obliga a gestionar a los Asegurados, previa llamada telefónica, referencias de especialistas para concertar cita con un Psicólogo.
- c) **ORIENTACIÓN EN TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.** La Compañía proporcionará a los Asegurados orientación telefónica para la realización de trámites administrativos ante el IMSS, INFONAVIT o autoridades correspondientes para gestionar un seguro de desempleo.
- d) **IDENTIFICACIÓN DEL PERFIL LABORAL.** La Compañía proporcionará a los Asegurados orientación telefónica para identificar su perfil laboral para facilitar la búsqueda de oportunidades de empleo.
- e) **ORIENTACIÓN PARA ELABORACIÓN DE CURRÍCULUM VITAE.** La Compañía proporcionará a los Asegurados orientación telefónica para la elaboración y revisión de su Curriculum Vitae, a fin de que puedan buscar mejores opciones de empleo.
- f) **ORIENTACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENTREVISTAS.**
La Compañía proporcionará orientación telefónica a los Asegurados que requieran asesoría para la preparación de sus entrevistas de trabajo.
- g) **CANALIZACIÓN CON EMPRESAS DE RECLUTAMIENTO DE PERSONAL.**
En caso de pérdida de empleo en términos del presente contrato, la Compañía, previa llamada telefónica del Asegurado, gestionará su canalización con empresas especializadas en reclutamiento de personal.
- h) **INFORMACIÓN SOBRE TEMAS LABORALES.**
La Compañía proporcionará a los Asegurados, a través de correo electrónico, información mensual sobre notas de interés relacionadas a la mejora laboral.

2.4.3 ASISTENCIA LEGAL TESTAMENTARIA.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía brindará a sus deudos consejo en materia de herencias, legados y otros aspectos de derecho sucesorio. **Esta cobertura se limita a consejos legales y no incluye la tramitación de un procedimiento sucesorio judicial o notarial, ni los gastos u honorarios que deban erogarse al respecto.**

2.4.4 EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS.

A todas las Asistencias les aplican las Exclusiones Generales aplicables a todas las coberturas.

CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.

3ª EXCLUSIONES GENERALES.

Este seguro no ampara daños o pérdidas:

- 3.1 **Que sean causados por dolo, mala fe o culpa grave del Asegurado, sus apoderados, beneficiarios o personas por quienes sea civilmente responsable.**
- 3.2 **Derivados de cualquier delito que cuente con la participación directa del Asegurado, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado, así como de un empleado, dependiente o sirviente del Asegurado.**
- 3.3 **Derivados de hechos que la ley califica como conductas o delitos de**

terrorismo.

3.4 Derivados de violación de cualquier ley, disposición o reglamento de cualquier autoridad constituida, sea internacional, federal, estatal, municipal, o local.

3.5 Patrimoniales distintos a los que se definen en la descripción de las coberturas contratadas.

4ª LÍMITE TERRITORIAL.

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

5ª 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.

6ª DEDUCIBLE.

Es la cantidad 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. Toda cantidad por debajo de ese límite queda a cargo del Asegurado.

7ª OTROS SEGUROS.

Si el Asegurado, contrata otros seguros que cubran por los mismos riesgos a los bienes o personas aquí amparados, tendrá la obligación de comunicarlo inmediatamente a la Compañía, mediante aviso por escrito, indicando el nombre de las aseguradoras y las sumas aseguradas contratadas. Si el Asegurado omitiere intencionalmente dicho aviso o si contrata diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedara liberada de sus obligaciones.

8ª LÍMITES DE EDAD.

8.1 Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 18 años como mínimo y 70 años con 364 días como máximo.

8.2 .En caso de que el Asegurado alcance la edad límite máxima de aceptación, la cobertura para este asegurado se cancelara automáticamente en la siguiente renovación de la póliza, sin necesidad de declaración expresa por parte de la Compañía.

8.3 Si la edad real del Asegurado, a la fecha de la celebración del contrato de seguro o de cualquier renovación, está fuera de los límites de edad aquí establecidos, el contrato quedará rescindido de pleno derecho y la Compañía no estará obligada a la devolución de la última prima que se hubiere pagado.

9ª CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

9.1 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.

9.2 Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación de que trata la cláusula 15ª PROCEDIMIENTO PARA EL CASO DE SINIESTRO de esta póliza.

9.3 Si hubiere en el siniestro actos dolosos o culpa grave de el Asegurado, Beneficiarios o sus respectivos Causahabientes.

10ª 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.

11ª 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.

12ª COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

13ª 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.

14ª PRIMA.

La prima a cargo del Asegurado se regirá conforme a las siguientes reglas:

- 14.1** 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.
- 14.2** 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.
- 14.3** El Asegurado gozará de un 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.
- 14.4** Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día del período 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.
- 14.5** 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.

15ª PROCEDIMIENTO PARA EL CASO DE SINIESTRO.

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

15.1 Aviso de Siniestro.

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización, conforme a este seguro, el Asegurado lo notificará a la Compañía, personalmente o por vía telefónica.

15.2 Documentos, datos e informes que el Asegurado o el beneficiario deben rendir a la Compañía, en caso de siniestro:

El Asegurado para comprobar la exactitud de su reclamación deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación e información:

- a) 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. La Compañía proporcionará el formato respectivo.
- b) Original (para su cotejo) y copia de identificación oficial del Asegurado. para estos efectos se considera identificación oficial cualquiera de los siguientes documentos: pasaporte, credencial de elector, cédula profesional o cartilla del servicio militar.
- c) Comprobante de domicilio reciente del Asegurado.
- d) La documentación de Comprobación de la Cobertura reclamada indicada en esta misma póliza.
- e) Cualquier otra información o documentación que la Compañía solicite, relacionada con los hechos del siniestro, las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

16ª INDEMNIZACIÓN.

En caso de ser procedente el siniestro, la Compañía pagará al Asegurado, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación. La Compañía pagará las coberturas contratadas, hasta el monto de la suma asegurada, una vez descontado el deducible pactado.

17ª 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.

18ª RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

El Contrato se renovará automáticamente, en las mismas condiciones en que fue contratado inicialmente, siempre que el Asegurado se encuentre dentro de los límites de aceptación por edad 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 Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. Este Contrato de Seguro se considerará renovado por períodos de igual duración, si dentro de los últimos quince días de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra, por escrito, de su voluntad de que no sea renovado.

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, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En caso de renovación ininterrumpida de la póliza, la fecha que se tomará en cuenta para la aplicación de los periodos Activo Mínimo y de Eliminación y de las Exclusiones será la de la primera contratación de la póliza.

19ª TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

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

- 19.1** 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 hubiere estado en vigor.
- 19.2** Cuando la Compañía solicite la terminación del contrato, lo hará mediante notificación escrita al Asegurado, 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.

20ª 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.

21ª 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."

22ª INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

23ª 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.

24ª 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.

25ª 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.

26ª BASES PARA LA COMERCIALIZACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.

Cuando el contrato de seguro se comercialice por medios electrónicos y el cobro de la prima se efectúe con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la Compañía se obliga a Proporcionar al Contratante o Asegurado la póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes derivados de la celebración del presente contrato, de la siguiente forma:

26.1 Al acordar la contratación del seguro la Compañía proporcionará al contratante o asegurado:

- a) El número de póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración.
- b) El nombre comercial del producto de seguro.
- c) La dirección de la página electrónica de la Compañía en Internet <https://zam.zurich.com.mx> con la finalidad de que el Usuario pueda identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos.
- d) Los datos de contacto para la atención de siniestros o quejas de la Compañía.
- e) La información y datos de contacto para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente.
- f) Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

26.2 La documentación contractual que contenga los derechos u obligaciones para las partes derivados del contrato celebrado se entregará al Asegurado en un plazo máximo de treinta días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, a través de medios digitales, al correo electrónico que designe el Asegurado. La documentación contractual también podrá ser entregada:

por SMS (short message service) al teléfono proporcionado por el Asegurado; mediante mensajería a la dirección que designe el Asegurado. la Compañía conservará las constancias que permitan verificar la entrega de la documentación.

- 26.3** El número de póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.
- 26.4** Los medios alternos para la obtención de la póliza son: solicitarla directamente en las oficinas de la Compañía, o al correo electrónico opspartnership@zurich.com; obtenerla de la página electrónica de la Compañía en Internet.
- 26.5** El mecanismo para solicitar la cancelación de la póliza o la no renovación de la misma es el siguiente: el Asegurado realizará la solicitud de cancelación o no renovación por escrito libre, señalando los datos de identificación de la póliza y presentándolo directamente en las oficinas de la Compañía, o bien al correo electrónico opspartnership@zurich.com. La Compañía dará trámite a la solicitud en los términos que correspondan, según las cláusulas de RENOVACIÓN AUTOMÁTICA y TERMINACIÓN ANTICIPADA.
- 26.6** El Asegurado se identificará con sus datos de identidad (nombre, domicilio, teléfono), siendo esa la única clave que se utilizará para esta forma de contratación.

27ª 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.

28ª 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.

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.



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 1° de marzo de 2016 con el número CNSF-S0037-0646-2015. Número de Registro en el RECAS otorgado por la CONDUSEF-002895-01