



ZURICH SANTANDER • SEGUROS MÉXICO

Estimado Cliente,

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

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

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

Si tiene alguna duda o requiere información adicional, nuestros especialistas tendrán el gusto de atenderle y asesorarle en el teléfono 55 5169 4300 en la Ciudad de México e Interior de la República.

Atentamente,

Zurich Santander Seguros México, S. A.

Contenido

1.	Definiciones	4
2.	Condiciones Generales	7
2.1.	Contrato	7
2.2.	Rectificaciones y Modificaciones	7
2.3.	Vigencia	7
2.4.	Género	7
2.5.	Edades de aceptación	7
2.6.	Periodo de Espera	8
2.7.	Pago de la prima y período de gracia	8
2.8.	Rehabilitación	9
2.9.	Renovación	9
2.10.	Incremento de la Suma Asegurada	10
2.11.	Terminación del seguro	10
2.12.	Periodo Máximo de Beneficio	10
2.13.	Enfermedad Preexistente	10
2.14.	Indisputabilidad	11
2.15.	Omisiones o declaraciones inexactas	11
2.16.	Conocimiento del Siniestro	12
2.17.	Pérdida del derecho a recibir la indemnización	12
2.18.	Pago de Indemnizaciones	12
2.19.	Documentación en Caso de Siniestro	13
2.20.	Información Adicional en caso de Reclamación por Siniestro	13
2.21.	Reclamante Sustituto	13
2.22.	Beneficiario	14
2.23.	Comunicaciones	15
2.24.	Competencia	15
2.25.	Moneda	15
2.26.	Comisión o Compensación Directa	15
2.27.	Interés Moratorio	15
2.28.	Pruebas	16
2.29.	Prescripción	16
2.30.	Entrega de Documentación Contractual	16
2.31.	Agravación de riesgo	17
2.32.	Uso de Medios Electrónicos	18
3.	Descripción de las Coberturas	19
3.1.	Cobertura Básica	19
3.1.1.	Indemnización Diaria por Hospitalización por Cualquier Causa	19
3.1.2.	Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	20
3.1.3.	Indemnización diaria por Hospitalización por Enfermedad	20

3.2.	Coberturas Adicionales Opcionales	21
	Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica	21
3.2.1.	Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica por Cualquier Causa.	21
3.2.2.	Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica por Accidente.	21
3.2.3.	Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica por Enfermedad.	22
3.2.4.	Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Cualquier Causa	23
3.2.5.	Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Accidente	23
3.2.6.	Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Enfermedad	24
4.	Deducible en Horas	24
5.	Exclusiones.....	25
6.	Marco Normativo	26

Zurich Santander Seguros México, S.A.

Es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas que, mediante la contraprestación del pago de la prima, asume la obligación de indemnizar los daños ocasionados por los riesgos amparados en la carátula de la Póliza con sujeción a las presentes Condiciones Generales y hasta los límites Asegurados, denominada de aquí en adelante como **La Compañía**.

1. Definiciones

Accidente

Acontecimiento originado por una acción externa súbita, violenta y fortuita que origine la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado amparado, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de la póliza y no se encuentren consideradas dentro de las exclusiones.

No se considera accidente a las lesiones corporales o muerte provocada intencionalmente por el Asegurado Amparado.

Arbitraje Médico

Procedimiento en el que **La Compañía** y el Asegurado, convienen someterse a comparecer ante un árbitro independiente designado de mutuo acuerdo y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes, en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. Se establece así que el laudo emitido vinculará a las partes y por tanto tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Asegurado

Es la persona física inscrita en la presente póliza a cuyo nombre se expide la póliza, la cual obtiene el beneficio de las coberturas amparadas.

Certificación Médica

Se entenderá como tal el diagnóstico de un Evento ocurrido durante la vigencia de esta póliza, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, que es efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente.

Contratante

Es la persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado **La Compañía** en los términos consignados en la póliza y con base en los datos e informes proporcionados por aquella en conjunto con el Asegurado, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes. El Contratante y el Asegurado pueden ser la misma persona.

Culpa Grave

La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

Deducible en Horas

Plazo expresado en horas, que se especifica en la carátula de la póliza y que se aplica al iniciar la hospitalización por cada evento distinto, para determinar el criterio a seguir sobre los días que queden comprendidos en este periodo, para determinar el número de días sujetos al beneficio de indemnización diaria por Hospitalización en cualquiera de sus modalidades.

Diagnóstico

El dictamen sobre un padecimiento o condición de este, que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad

correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Endoso

Documento que forma parte de la póliza, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Se estipula que lo indicado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad Preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando **La Compañía** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- b. Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Evento

Es la afectación que sufre el Asegurado, a consecuencia de un accidente o enfermedad o maternidad, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, e incluso hospitalizaciones, que son derivadas del acontecimiento inicial. Para efecto de esta cobertura se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

Hospitalización

Estancia continua de 12 horas como mínimo, en internamiento y bajo supervisión médica a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno en una Institución hospitalaria.

Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

Se identifica como tal a la Hospitalización que se efectúa en una unidad de cuidados de salud de una institución hospitalaria en la que de manera específica se destina personal y equipos altamente especializados, que ofrecen atención a pacientes clínicos y quirúrgicos, cuyas condiciones y riesgos para su vida requieren asistencia integral y monitoreo constante de sus signos vitales, por la complejidad de sus tratamientos o procedimientos y la gravedad de sus enfermedades.

Indemnización Diaria

Monto establecido en la carátula de la póliza para cada cobertura como importe a cubrir por cada día de Hospitalización.

Institución Hospitalaria

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Para efecto de esta póliza no se considera Institución hospitalaria Casas para ancianos, Casas de

descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Monto Acumulado

Es la cantidad máxima que **La Compañía** asume como obligación y que al momento en el que el total de la Indemnización diaria otorgada por el número de días de hospitalización le iguale, determina el fin del otorgamiento de la Indemnización.

Perito Médico

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

Período de Espera

Es el plazo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura con **La Compañía** a fin de que determinados padecimientos puedan ser cubiertos.

Periodo Máximo de Beneficio

El límite máximo de aplicación de la cobertura por cada evento (Accidente o enfermedad) distinto, inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se hayan alcanzado los límites que en número de días específicamente señale el beneficio como máximo de días a indemnizar.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los límites que en número de días específicamente señale el beneficio como máximo de días a indemnizar termina la obligación por parte de **La Compañía** para esa cobertura.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente o enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar los límites aquí señalados.

Cuando la cobertura específica incluya maternidad, estas condiciones se hacen extensivas a la misma.

Póliza

Es el contrato de seguro, condiciones generales, carátula de la póliza, endosos y demás documentos contractuales, celebrados entre el Contratante y **La Compañía**, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

Práctica profesional de cualquier deporte

Se refiere a la práctica de carácter regular y que a su vez puede representar una retribución económica a quien la ejerce.

Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

Síntoma

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).

Vigencia

Plazo que indica el periodo de validez de la póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta póliza y continua durante el plazo del seguro establecido siempre que el plan de pago de primas sea pagado de acuerdo con lo pactado.

2. Condiciones Generales

2.1. Contrato

La solicitud, la póliza de seguro, las Condiciones Generales, las cláusulas adicionales y los endosos, forman y constituyen prueba del Contrato.

2.2. Rectificaciones y Modificaciones

Este Contrato sólo se podrá modificar previo acuerdo entre **La Compañía** y el Contratante, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por **La Compañía** carecen de facultades para hacer concesiones o modificaciones.

Se hace del conocimiento del Asegurado lo dispuesto en el **Artículo 25 de la Ley Sobre El Contrato de Seguro**, que a la letra dice: **“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”**.

2.3. Vigencia

Plazo que indica el periodo de validez de la póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta póliza y continua durante el plazo del seguro establecido, siempre que el plan de pago de primas sea pagado de acuerdo con lo pactado.

2.4. Género

Se acuerda que las palabras utilizadas en género masculino bajo esta póliza incluyen al género femenino.

2.5. Edades de aceptación

Para los efectos de este contrato, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio vigencia de esta póliza o de la renovación correspondiente.

Las edades de admisión fijadas por **La Compañía** son:

Desde el nacimiento y hasta los 70 años.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante **La Compañía**, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Si al inicio de vigencia de esta póliza la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido para el Asegurado y **La Compañía** únicamente pagará el importe de la reserva matemática correspondiente que hubiere en la fecha de la rescisión.

Si con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por **La Compañía** se procederá de acuerdo con lo siguiente:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Indemnización diaria se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la prima que corresponda a la edad verdadera.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la Indemnización diaria no se modificará, y **La Compañía** reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

Si con posterioridad a la hospitalización se confirma que la edad manifestada en la solicitud de seguro fue incorrecta, pero se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por **La Compañía**, se pagará la Indemnización que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato.

2.6. Periodo de Espera

El inicio de cobertura para los beneficios que otorga esta póliza se considerará cuando la causa que los origine sea:

- **Por accidente amparado, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la póliza.**
- **Por enfermedad, ésta quedará cubierta solo si se presenta luego de transcurrir 30 días naturales de vigencia continúa de esta póliza o de su última rehabilitación, o si sus síntomas y/o signos o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento hayan iniciado después de este período, salvo los casos de urgencia o emergencia en los que sea demostrable que el padecimiento en cuestión no era preexistente al momento de la contratación de la póliza.**
- **En el caso de maternidad, se exige un periodo de espera de 10 meses ininterrumpidos contados a partir de la contratación de la póliza o de su última rehabilitación.**
El lapso mencionado para enfermedad no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones ininterrumpidas.

2.7. Pago de la prima y período de gracia

La prima total de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario de la póliza, desde la fecha de inicio de vigencia.

El Contratante y/o el Asegurado, en cualquier aniversario de la póliza, puede optar por el pago fraccionado de la prima anual total a su cargo, mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, aplicándose en este caso la tasa de financiamiento vigente en la fecha de cada aniversario; las exhibiciones correspondientes vencerán al inicio de cada mes, trimestre o semestre.

Previo acuerdo entre las partes, las primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan como pudiera ser por medio de tarjetas bancarias, depósito en cuenta, transferencias electrónicas, o el que para este fin se defina entre las partes, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Si por causas imputables al Asegurado, no pudiera efectuarse el cargo pactado, la prima correspondiente se considerará no pagada.

El Contratante y/o el Asegurado gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la fracción pactada en el contrato. A las 12:00 horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley del Contrato de Seguro, que a la letra dice:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato

cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento”.

Las primas posteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo, por lo que, si no son cubiertas al momento de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

En caso de siniestro, **La Compañía** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período del seguro contratado.

2.8. Rehabilitación

No obstante, lo dispuesto por la Cláusula **Pago de la prima y período de gracia**, el Contratante podrá dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima del seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

La Compañía ajustará a prorrata y devolverá la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo; dicha devolución se hará a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la rehabilitación, privilegiando el medio por el cual se hizo el pago de la prima, salvo que el Contratante solicite que se haga a través de otro medio.

En ningún caso, se responderá de padecimientos ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula.

Si la rehabilitación es solicitada en un periodo mayor a 30 días naturales contados a partir del último día del plazo de gracia, que se le concede para el pago de la prima, esta NO se llevará a cabo, no obstante el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva póliza.

2.9. Renovación

El Contrato se considerará renovado automáticamente por periodos de un año si dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, los documentos podrán ser enviados a **La Compañía** vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de **La Compañía**. Asimismo, y en atención al contenido de esta cláusula, **La Compañía** no está obligada a dar aviso de manera personal al Asegurado o Contratante sobre la renovación del contrato de seguro, pero emitirá la póliza correspondiente a la nueva vigencia.

No se debe entender que el seguro se prorroga en sus mismos términos y condiciones. La renovación respetará congruencia con las condiciones originalmente pactadas, bajo los siguientes criterios: se ajustará la Suma Asegurada de acuerdo con la Cláusula de Incremento de Suma Asegurada, mientras que la prima podrá aumentar de acuerdo con la edad que tenga el Asegurado al momento de la renovación, las tarifas vigentes al momento de la renovación y por el incremento en la Suma Asegurada. La Suma Asegurada se especificará en la carátula de la póliza.

La renovación siempre otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;

- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

El pago de la prima, acreditado con el recibo correspondiente, el estado de cuenta o el comprobante que refleje su cargo a la cuenta del Asegurado se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de ambas partes para llevar al cabo la renovación.

2.10. Incremento de la Suma Asegurada

En cada aniversario de la póliza, la Indemnización Diaria se incrementará al menos en la misma proporción en que se haya incrementado el Índice Nacional de Precios al Consumidor, de enero a diciembre del año inmediato anterior a la fecha de renovación.

2.11. Terminación del seguro

El seguro bajo esta póliza terminará por la primera de las siguientes eventualidades:

1. La fecha de término de la vigencia señalada en la carátula de la póliza.
2. Falta de pago de primas del seguro.
3. A solicitud por escrito del Asegurado o el Contratante.
4. Al encontrarse fuera de las edades señaladas en la cláusula Edades de Aceptación.

En caso de que el Asegurado o el Contratante solicite la terminación anticipada del Contrato y existieran primas pagadas no devengadas, **La Compañía** devolverá dichas primas no devengadas en un plazo máximo de 30 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de terminación anticipada, devolviéndolas a través del mismo medio y de la misma forma en que fueron cobradas.

2.12. Periodo Máximo de Beneficio

El límite máximo de aplicación de la cobertura por cada evento (Accidente o enfermedad) distinto, inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se hayan alcanzado los límites que en número de días específicamente señale el beneficio como máximo de días a indemnizar.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los límites que en número de días específicamente señale el beneficio como máximo de días a indemnizar termina la obligación por parte de **La Compañía para esa cobertura.**

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente o enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar los límites aquí señalados.

Cuando la cobertura específica incluya maternidad, estas condiciones se hacen extensivas a la misma.

2.13. Enfermedad Preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución 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 expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- b. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar de forma objetiva y equitativa la preexistencia, como parte del proceso de suscripción, se podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Cuando el Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior y expresamente haya sido indicado este condicionamiento para su aseguramiento, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Cuando a juicio de **La Compañía** se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y **La Compañía**, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito.

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

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada.

El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por **La Compañía**.

2.14. Indisputabilidad

Las coberturas amparadas por el presente contrato de seguro serán disputables dentro de los dos primeros años posteriores a su inicio de vigencia. El contrato de seguro podrá ser rescindido para un Asegurado en caso de omisiones o inexactitud en las declaraciones de los hechos importantes para la apreciación de los riesgos, hechas en la solicitud que sirvió de base para su contratación.

Transcurridos dos años desde el inicio de vigencia, **La Compañía** renuncia al derecho de disputabilidad que le confiere la Ley.

2.15. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y el Asegurado 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 deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a **La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aún y cuando no hayan influido en la realización del siniestro.**

2.16. Conocimiento del Siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de **La Compañía**, quien a su vez les indicará la documentación y los formatos que por esta razón es necesario presentar.

El Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito y de fuerza mayor, debiendo dar el aviso en cuanto cese uno u otro.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del siniestro.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

2.17. Pérdida del derecho a recibir la indemnización

Las obligaciones de **La Compañía** quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado **La Compañía**.

2.18. Pago de Indemnizaciones

Todos los pagos que **La Compañía** resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este contrato, se efectuarán en las Oficinas de **La Compañía**.

Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente póliza por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a **La Compañía**, la realización del evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar que las reclamaciones por eventos relacionados con Accidentes sean acompañadas en copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público, en caso de que por la naturaleza del evento éste haya tenido conocimiento.

El reclamante, una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente póliza, extenderá a **La Compañía** el recibo de finiquito correspondiente que liberará a **La Compañía** de cualquier obligación derivada de este contrato por el monto del pago efectuado.

Las cantidades para indemnizar por la afectación de alguna de las coberturas de esta póliza se realizarán considerando el siguiente criterio:

- **Asegurado mayor de edad:**
Independientemente de quién sea el Contratante, cuando el Asegurado sea mayor de edad, el pago se realizará directamente al Asegurado afectado.
- **Asegurado menor de edad:**
 - Cuando el Contratante sea persona física y el Asegurado sea menor de edad, el pago se realizará al Contratante.
 - Cuando el Contratante sea persona moral y el Asegurado sea menor de edad, el pago se realizará a la(s) persona(s) que sustente(n) la patria potestad del menor.

En caso de que el Asegurado fallezca antes del pago correspondiente, la indemnización se pagará al Beneficiario designado en la póliza y a falta de éste, a su sucesión legal.

2.19.Documentación en Caso de Siniestro

Para la debida atención de la reclamación, se deberá proporcionar la siguiente documentación:

- a) Original del formato de reclamación llenado y firmado por el Reclamante, lo proporcionará la Compañía.
- b) Original del formato de identificación del Cliente llenado y firmado por el Reclamante, lo proporcionará la Compañía.
- c) Copia de identificación oficial del Reclamante.
- d) Copia de comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a tres meses del Reclamante.
- e) Formato de informe médico (proporcionado por la Compañía), elaborado y firmado por el Médico tratante.
- f) Copia simple del resumen clínico completo.
- g) Copia simple del diagnóstico emitido por Institución o Médico con cédula profesional, acompañado de la interpretación de los estudios médicos practicados con los que se determinó el diagnóstico del paciente.
- h) Copia simple de notas de evolución que describan el estado de salud del asegurado de los días que estuvo hospitalizado.
- i) Copia simple de la constancia de hospitalización.
- j) Copia simple de la nota quirúrgica realizada por el Cirujano.
- k) Copia simple del certificado de nacimiento (si aplica).

2.20.Información Adicional en caso de Reclamación por Siniestro

Para casos excepcionales, en los que no sea posible la acreditación de la ocurrencia del siniestro considerando los documentos señalados anteriormente, **La Compañía** podrá solicitar información o documentación adicional, siempre y cuando los mismos estén relacionados con el siniestro. Lo anterior, con fundamento en lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, por el cual **La Compañía** tendrá derecho a exigir al Asegurado o al(los) Beneficiario(s) toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro con la cual puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

2.21.Reclamante Sustituto

Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por **La Compañía**, que, por razones atribuibles a su condición de salud, el Asegurado no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como Reclamante sustituto, debiendo este cumplir como requisito para su designación ser mayor de edad.

El reclamante sustituto deberá indicarse en el formato que para este fin le proporcionó **La Compañía**, teniendo el Asegurado en todo momento la opción a modificarlo y comunicar esta nueva designación a **La Compañía**.

En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente, **La Compañía** tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

Los efectos del Reclamante Sustituto son para realizar los trámites de Indemnización, ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que al efectuar el pago atribuible al Asegurado, al Reclamante sustituto, **La Compañía** ha satisfecho la indemnización procedente a ese reclamo en específico.

El Reclamante Sustituto una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente póliza, extenderá a **La Compañía** el recibo de finiquito correspondiente, que liberará a **La Compañía** de cualquier obligación derivada de esta reclamación por el monto del pago efectuado.

2.22. Beneficiario

En caso de que el Asegurado fallezca antes del pago correspondiente de la indemnización procedente por las coberturas contratadas, se pagará al Beneficiario designado en la póliza y a falta de éste, a su sucesión legal considerando los siguientes aspectos:

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario.

En el caso de Asegurados menores de edad, no se designarán Beneficiarios al momento de la contratación del seguro, siendo los Beneficiarios quien la autoridad civil determine como su sucesión legal.

Al momento de cumplir 18 años, el Asegurado deberá comunicar por escrito a **La Compañía** la designación de sus Beneficiarios.

Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a **La Compañía** indicando el nombre del nuevo Beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **La Compañía** efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a **La Compañía** y se haga constar en la presente póliza como lo previene la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, el porcentaje de la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación previa en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado, la misma regla se observará salvo estipulación en contrario; en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario(s) muera antes que el Asegurado.

“Advertencia: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores,

albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

2.23. Comunicaciones

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de **La Compañía** en su domicilio social; las que se hagan al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que él haya señalado para tal efecto.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de **La Compañía** llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, **La Compañía** deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a **La Compañía** y para cualquier otro efecto legal.

2.24. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones 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 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, de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

2.25. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Asegurado o de **La Compañía**, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

2.26. Comisión o Compensación Directa

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a **La Compañía** 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 Compañía** 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.

2.27. Interés Moratorio

Si **La Compañía** de seguros no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

2.28. Pruebas

El reclamante presentará a su costa a **La Compañía**, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y el derecho de quienes solicitan el pago.

La Compañía tendrá derecho a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a **La Compañía** de cualquier obligación respecto de la reclamación de que se trate.

2.29. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de 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 aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

2.30. Entrega de Documentación Contractual

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

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

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

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

- c) En caso de que, por cualquier motivo, el Contratante no reciba su documentación contractual

dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro o requiera un duplicado de su póliza, deberá llamar al centro de atención telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México o desde el interior del País.

- d) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México o desde el interior del País, donde se le asignará un folio, el cual deberá proporcionar al ejecutivo de la sucursal bancaria a efecto de aplicar la correspondiente cancelación, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación.
- e) Cuando la contratación del seguro sea realizada por vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la cancelación de su póliza de seguro llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México o desde el interior del País, donde se le asignará un folio con el cual se procederá a aplicar la cancelación solicitada, este folio es el medio por lo que se hace constar la petición de cancelación.
- f) El Contratante puede consultar el estatus de su póliza en cualquier momento llamando al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México o desde el interior del País, o acudiendo a una sucursal bancaria
- g) Cuando la contratación del seguro sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica, Internet o mediante cualquier otro medio electrónico, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar la modificación de los datos que considere conveniente a través de un Endoso, el cual deberá tramitarse a través de una sucursal bancaria o bien, vía correo electrónico a la cuenta de segurosteatiende@santander.com.mx. El cliente podrá conocer el resultado de su solicitud comunicándose al Centro de Atención Telefónica de **La Compañía** cuyo número es el 55 5169 4300 en la Ciudad de México o desde el interior del país o por correo electrónico a la dirección señalada en este párrafo.
- h) La renovación se efectuará automáticamente tomando en consideración lo pactado dentro de la Cláusula de Renovación. En caso de que el Asegurador o Contratante no deseen la renovación de su producto, deberán de comunicarlo por escrito a **La Compañía** en donde se exprese su deseo de no renovarla adjuntando copia de su identificación oficial.
- i) Los documentos podrán ser enviados a **La Compañía** vía correo electrónico a segurosteatiende@santander.com.mx o directamente a las oficinas de **La Compañía**.

2.31. Agravación de riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de

sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (**Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

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

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

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

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

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

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

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

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

2.32. Uso de Medios Electrónicos

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que **La Compañía** pone a su disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la

siguiente dirección electrónica www.zurichsantander.com.mx

Para efectos de lo establecido en la presente cláusula, se entiende como uso de medios electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios y (iv) cualesquiera otros que sean incluidos en los "Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos."

3. Descripción de las Coberturas

Objeto

La Compañía se obliga a cubrir las indemnizaciones correspondientes a los beneficios enunciados en la cobertura básica y las coberturas adicionales, enunciadas en la carátula de la póliza, a consecuencia de una Hospitalización, que de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado se determine como procedente, aclarándose que el alcance de la cobertura será exclusivamente dentro de los términos y condiciones que se especifican para otorgar los beneficios como contraprestación de las obligaciones que para el Asegurado corresponden y que se detallan en estas mismas condiciones generales.

3.1. Cobertura Básica

Se establece que el Asegurado puede contratar una y solo una de las siguientes coberturas que se señalan en este apartado como beneficio básico de esta póliza y que están diferenciadas por el tipo de causa que amparan:

- Por Accidente
- Por Enfermedad
- Por cualquier Causa (Por Accidente - Enfermedad –maternidad)

Del mismo modo los beneficios adicionales que pudieran adicionarse deberán corresponder al mismo tipo de causa elegido como cobertura básica.

3.1.1. Indemnización Diaria por Hospitalización por Cualquier Causa.

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de un Accidente o enfermedad o maternidad, diagnosticado en la vigencia de esta póliza y una vez superados los plazos que se especifican en la cláusula Periodos de Espera, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese Hospitalización, tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de la indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de **La Compañía para esta cobertura.**

En cada evento por Accidente o enfermedad o maternidad, el número de días de la hospitalización

que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

3.1.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de Accidente ocurrido en la vigencia de esta póliza, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese Hospitalización, tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de la indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de **La Compañía para esta cobertura.**

En cada evento por Accidente, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos por Accidente en la misma vigencia.

3.1.3. Indemnización diaria por Hospitalización por Enfermedad.

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de enfermedad diagnosticada durante la vigencia de esta póliza y una vez superados los plazos que se especifican en la cláusula Periodos de Espera, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese Hospitalización, tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de una misma enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de **La Compañía para esta cobertura.**

En cada evento por enfermedad, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Se previene al Asegurado que, en el caso de maternidad, no se encuentra amparado por esta cobertura.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos por enfermedad en la misma vigencia.

3.2. Coberturas Adicionales Opcionales

Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica

Las Coberturas adicionales que se seleccionen de este inciso deberán corresponder al mismo tipo de causa elegido para la cobertura básica seleccionada en el apartado Cobertura Básica.

3.2.1. Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica por Cualquier Causa.

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de un Accidente o enfermedad o maternidad, diagnosticado en la vigencia de esta póliza y una vez superados los plazos que se especifican en la cláusula Periodos de Espera, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese una Intervención quirúrgica, tendrá derecho a recibir en adición a la cobertura básica, la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia del mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de esta cobertura inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de la indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de **La Compañía para esta cobertura.**

En cada evento por accidente o enfermedad o maternidad, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

3.2.2. Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica por Accidente.

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de un Accidente ocurrido en la vigencia de esta póliza, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese una Intervención quirúrgica, tendrá derecho a recibir en adición a la cobertura básica, la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de

la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia del mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de esta cobertura inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de la indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de La Compañía para esta cobertura.

En cada evento por Accidente, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

3.2.3. Indemnización Diaria por Intervención Quirúrgica por Enfermedad.

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de una enfermedad diagnosticada en la vigencia de esta póliza y una vez superados los plazos que se especifican en la cláusula Periodos de Espera, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese una Intervención quirúrgica, tendrá derecho a recibir en adición a la cobertura básica, la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 180 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de la misma enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de esta cobertura inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 180 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 180 días de la indemnización diaria especificados, termina la obligación por parte de La Compañía para esta cobertura.

En cada evento por enfermedad, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

Se previene al Asegurado que, en el caso de maternidad, no se encuentra amparado por esta cobertura.

Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

Las Coberturas adicionales que se seleccionen de este inciso deberán corresponder al mismo tipo de causa elegido para la cobertura básica seleccionada en el apartado Cobertura Básica.

3.2.4. Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Cualquier Causa

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La **Compañía** establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de un Accidente o enfermedad o maternidad y una vez superados los plazos que se especifican en la cláusula Periodos de Espera, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos, tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 60 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 60 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 60 días de la indemnización diaria especificados para este beneficio en la carátula de la póliza, termina la obligación por parte de La Compañía para esta cobertura.

En cada evento por Accidente o enfermedad o maternidad, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

3.2.5. Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Accidente

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La **Compañía** establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de un Accidente, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos, tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 60 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 60 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 60 días de la indemnización diaria especificados para este beneficio en la carátula de la póliza, termina la obligación por parte de La Compañía para esta cobertura.

En cada evento por Accidente, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

3.2.6. Indemnización Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Enfermedad

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, que si por motivo de su atención médica a consecuencia de una enfermedad y una vez superados los plazos que se especifican en la cláusula Periodos de Espera, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos, tendrá derecho a recibir la Indemnización diaria que se especifica en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, con un máximo de 60 días de hospitalización.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de aplicación de la cobertura.

El límite máximo de aplicación de la cobertura de Hospitalización inicia al ocurrir la primera hospitalización y concluye doce (12) meses después, siempre que no se haya alcanzado el máximo de 60 días de la indemnización diaria especificada.

Al transcurrir el plazo de los doce meses enunciado o los 60 días de la indemnización diaria especificados para este beneficio en la carátula de la póliza, termina la obligación por parte de **La Compañía para esta cobertura.**

En cada evento por enfermedad, el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán de acuerdo con el criterio descrito en el apartado Deducible en Horas, para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar.

Para efecto de esta cobertura, se establece que cubre únicamente 2 eventos en la misma vigencia.

Se previene al Asegurado que, en el caso de maternidad, no se encuentra amparado por esta cobertura.

4. Deducible en Horas

Para efecto de esta póliza se entiende como Deducible en Horas al Plazo expresado en horas que se especifica en la carátula de la póliza.

Este concepto se aplica al iniciar la hospitalización por cada evento distinto y el número de días de la hospitalización que quede comprendido en el deducible en horas especificado en la carátula de la póliza, se considerarán para determinar el número de días de hospitalización a indemnizar, apegándose al criterio que señale la opción contratada como deducible y que corresponde a una y solo una de las siguientes:

- a) Deducible 0 Horas.** - En cada evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización

que se establece en esta póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de hospitalización a indemnizar, se cuentan incluyendo el primer día de Hospitalización.

- b) Deducible 24 Horas. - En cada evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de hospitalización a indemnizar se cuentan sin incluir las primeras 24 horas de Hospitalización (1 día).
- c) Deducible 48 Horas. - En cada evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de hospitalización a indemnizar se cuentan sin incluir las primeras 48 horas de Hospitalización (2 días).
- d) Deducible Supera 24 Horas. - En cada evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de hospitalización a indemnizar, se cuentan incluyendo el primer día de Hospitalización, siempre que la Hospitalización inicial haya sido por más de 24 horas continuas e ininterrumpidas por dicho evento.

5. Exclusiones

Las indemnizaciones cubiertas por esta póliza en su protección básica y sus coberturas adicionales no surtirán efecto cuando la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- a) **Padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.**
- b) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- c) **Lesiones provocadas en riña, cuando el Asegurado sea el provocador.**
- d) **Lesiones originadas por actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado.**
- e) **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- f) **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, así como cuando viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- g) **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, charrería, artes marciales, box, ciclismo, esquí, tauromaquia, deportes aéreos y similares, equitación, espeleología, hockey, lucha libre o grecorromana, montañismo, rapel.**
- h) **Práctica profesional de cualquier deporte.**
- i) **Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así también como tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico.**

- j) **Afecciones propias del embarazo, desprendimiento de placenta, placenta previa, óbito y aborto cualquiera que sea su causa y/o complicaciones. Legrados cualesquiera que sean sus causas y toda complicación del embarazo, parto, puerperio. Esta restricción no aplica cuando sean a consecuencia de un accidente siempre que se tenga contratada la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización Cualquier Causa**
- k) **Tratamientos estéticos, de calvicie, dietéticos, de obesidad, de fertilidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad y sus complicaciones,**
- l) **Impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- m) **Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, tabaquismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias.**
- n) **Intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, prevención y control de la infección por VIH.**
- o) **Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud o check-up.**
- p) **Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.**
- q) **Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos o acupunturistas, o Tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica o que son de naturaleza experimental y/o de investigación.**
- r) **Tratamientos con fines preventivos.**
- s) **Tratamientos dentales, alveolares y gingivales.**
- t) **Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas definidas como preexistentes.**
- u) **Lesiones ocasionadas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo influencia de estimulantes no prescritos médicamente.**
- v) **Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya para la realización del accidente.**
- w) **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.**
- x) **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis.**

6. Marco Normativo

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas en internet:

- a) LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- b) LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>
- c) LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.
<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-jurídico>
- d) CODIGO PENAL FEDERAL
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_010720.pdf

Unidad Especializada para la Atención de Usuarios (UEA)

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

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, planta baja
Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, México, Ciudad de México, Correo Electrónico:
asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx Teléfonos: 55 5340 0999

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

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 25 de febrero de 2021, con el número CNSF-S0018-0500-2020, BADI-S0018-0084-2020 de fecha 19/08/2020, BADI-S0018-0055-2023 de fecha 28-09-2023, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0046-2023 de fecha 30/05/2023 / CONDUSEF-004627-06.

Contenido

1. DEFINICIONES	3
2. SERVICIOS DE ASISTENCIA	3
2.1 Asistencia Telemedicina	3
2.2 Uso del Servicio	4
3. VIGENCIA	4
4. RENOVACIÓN	4

Zurich Santander Seguros México S.A.

Es la Compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del Contrato, denominada de aquí en adelante como La Compañía.

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado los servicios de asistencia a través del Prestador de Servicios, que para tal efecto haya contratado La Compañía, quien coordinará y prestará lo que en adelante se pormenoriza, con base en las presentes condiciones.

En virtud de lo anterior, La Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Prestador de Servicios, en virtud de la relación contractual que tiene establecida con el Asegurado, misma que es independiente al convenio celebrado entre La Compañía y el Prestador de Servicios.

El presente Beneficio Adicional es sin costo alguno para el Asegurado.

1. DEFINICIONES

El Proveedor

Es el Prestador de Servicios que proporciona los Servicios de Asistencia al Usuario.

Servicios de Asistencia

Los servicios que el Prestador de Servicios proporcionará a los Usuarios en términos de lo establecido en el presente documento.

Telemedicina

Consulta médica con médico general por videoconferencia.

Usuario

Persona física que tiene derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento. Son considerados como Usuarios el Asegurado de la póliza y su familia, es decir, cónyuge, hijos y padres.

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA

A continuación, se describen los servicios que otorga el presente Beneficio Adicional para los asegurados que contraten el seguro al que va ligado este Beneficio.

2.1 Asistencia Telemedicina

Este servicio permite a los Usuarios, ponerse en contacto con un médico general a través de videoconferencia, además La Compañía coordinará los siguientes servicios de Asistencia:

- Video consulta Médica
- Información relacionada con medicamentos
- Prescripción de medicamentos que no requieran receta médica firmada.
- Interpretación de exámenes de laboratorio

- Prevención en la automedicación
- Prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia
- Primeros auxilios
- Referencias y coordinación de citas presenciales con médicos generales a precio preferencial
- Orientación en planificación familiar
- Orientación en educación sexual
- Orientación en vacunas

Este Servicio de Asistencia se proporciona los 365 días del año y las 24 horas del día sin límite de eventos durante la vigencia de la póliza.

2.2 Uso del Servicio

Para que el Usuario pueda acceder a todos los servicios y hacer uso de los servicios de asistencia, deberá seguir los siguientes pasos:

1. El usuario se comunica al (55) 55-11-05-26-71.
2. Un agente recibe la llamada para registrar la solicitud en el sistema y se asigna un médico por horario de consulta solicitado.
3. El médico recibe la consulta asignada en su plataforma y la acepta.
4. El sistema envía al asegurado un mail con los datos para la videoconferencia.
5. En el horario acordado el paciente y el médico se conectan a la consulta.

3. VIGENCIA

El presente beneficio adicional entrará en vigor a la hora y minutos del día de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza del producto asociado el cual estará ligado y continuará su vigor hasta la hora y minutos del día señalado como fin de vigencia en dicha carátula de póliza o hasta el momento de cancelación de la póliza.

4. RENOVACIÓN

Este beneficio será renovado automáticamente mientras la póliza se renueve conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del producto asociado.

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 19 de agosto de 2020, con número el número BADI-S0018-0084-2020 / CONDUSEF-004627-06.

Índice

1. DEFINICIONES	3
2. SERVICIO DE ASISTENCIA.....	3
2.1 Estudio de Laboratorio	4
3. EXCLUSIONES GENERALES	4

Zurich Santander Seguros México S.A.

Es la Compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del Contrato, denominada de aquí en adelante como **La Compañía**.

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado los servicios de asistencia a través del Prestador de Servicios, que para tal efecto haya contratado **La Compañía**, quien coordinará y prestará lo que en adelante se pormenoriza, con base en las presentes condiciones.

En virtud de lo anterior, **La Compañía** será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Prestador de Servicios, en virtud de la relación contractual que tiene establecida con el Asegurado, misma que es independiente al convenio celebrado entre **La Compañía** y el Prestador de Servicios.

1. DEFINICIONES

El Proveedor

Es el Prestador de Servicios que proporciona los Servicios de Asistencia al Usuario.

Usuario

Persona física que tiene derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento. Son considerados como Usuarios el Asegurado Titular y/o los Asegurados dependientes de la póliza a la cual se agrega este beneficio.

Asegurado Titular

Persona física que tiene derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento y que aparece como tal en la caratula de la póliza, quien podrá extender la cobertura del contrato de seguro a sus Asegurados dependientes.

Asegurados dependientes

Son las personas físicas que tienen derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento, considerados como:

Cónyuge o Concubina(rio) del titular de la póliza.

Hijos menores a 18 años del titular de la póliza.

Padre y Madre del titular de la póliza, menores a 65 años al momento de la contratación.

Servicios de Asistencia

Son los servicios que El Proveedor proporcionará a los Usuarios en términos de lo establecido en el presente documento.

2. SERVICIO DE ASISTENCIA

A continuación, se describe el servicio que otorga el presente Beneficio Adicional para los asegurados que contraten el seguro al que va ligado este Beneficio.

2.1 Estudio de Laboratorio

La Compañía coordinará la cita a efecto de que el Asegurado se realice un estudio médico de los que más adelante se enlistan, cuando así lo requiera dentro de la vigencia de la póliza.

Un estudio médico para escoger de entre:

- Ultrasonido Mamario
- Papanicolaou
- Mastografía
- Ultrasonido Prostático
- Ultrasonido Testicular
- Electrocardiograma en Reposo

Número de eventos al año: 1 (uno) evento por cada vigencia de la póliza, se rehabilitará en cada renovación.

Beneficiarios del servicio: Los beneficiarios que pueden hacer uso de esta asistencia son:

Titular de la póliza
Asegurados dependientes

El servicio de atención telefónica será las 24 horas del día, los 365 días del año, marcando al teléfono 55 1105 2671.

Uso del Servicio de estudio de laboratorio

1. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio por El Proveedor para hacer válido el beneficio.
2. El Usuario marcará al número telefónico para solicitar el servicio de asistencia.
3. La cabina médica gestionará la cita con la red de laboratorios y enviará a El Usuario el documento (Carta) para que pueda acudir al laboratorio. Dicho documento cuenta con una vigencia de 15 días naturales a partir de la fecha de envío.
4. El Proveedor tiene la obligación de comunicarse con El Usuario durante las siguientes 48 horas posterior a la llamada inicial verificar la recepción del documento (Carta), o bien para informar que no se ha encontrado un laboratorio en la localidad solicitada por el Usuario.
5. En caso de que el Usuario no reciba dicha documentación (carta) por parte de El Proveedor, el servicio quedará como cancelado y disponible para El Usuario.

3. EXCLUSIONES GENERALES

- **Quedan excluidos los servicios de las siguientes situaciones:**
 - ❖ **Autolesiones o participación del Usuario y/o Usuario en actos delictivos intencionales.**
 - ❖ **Accidente ocurrido en estado de ebriedad o bajo el uso de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.**
- **El Proveedor no será responsable de los retrasos o incumplimientos del servicio solicitado, debido a causas de fuerza mayor o a las características**

administrativas o políticas del lugar en que deban prestarse los servicios, así como decretos Federales o Locales que impidan la prestación de servicio.

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 28 de septiembre de 2023, con el número BADI-S0018-0055-2023 / CONDUSEF-004627-06.

¿Conoce sus derechos antes y durante la contratación de un Seguro?

Cuando se contrata un seguro de accidentes y enfermedades, es muy común que se desconozcan los derechos que tiene como asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si conoce bien cuáles son sus derechos podrá tener claro el alcance que tiene su seguro, evitará imprevistos de último momento y estará mejor protegido.



ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de febrero de 2021, con el número CNSF-S0018-0500-2020, BADI-S0018-0084-2020 de fecha 19/08/2020, BADI-S0018-0055-2023 de fecha 28/09/2023, RESP-S0018-0036-2021 de fecha 05/11/2021 y CGEN-S0018-0046-2023 de fecha 30/05/2023 / CONDUSEF-004627-06.

Derechos Básicos como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario de un Seguro

Accidentes y Enfermedades



ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO

¿Cómo saber cuáles son sus derechos cuando contrata un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil...

Como contratante tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

- Solicitar al Ejecutivo que le ofrece el seguro la identificación que lo acredita como tal.
- Recibir toda la información que le permita conocer las Condiciones Generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que está contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a su disposición cualquiera de las sucursales de Banco Santander y/o comunicarse a nuestro número telefónico de atención.
- Si se practica un examen médico para la contratación de su seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia (enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la contratación del seguro) respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.
- Solicitar por escrito a la aseguradora la información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que le ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

En caso de que ocurra el siniestro y de ser procedente la indemnización tiene derecho a:

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

En caso de cualquier duda, ponemos a su disposición nuestro teléfono de atención en la Ciudad de México e Interior de la República: 55 5169 4300

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

REGISTRO ESPECIAL

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

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

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

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de noviembre de 2021, con el número RESP-S0018-0036-2021 / CONDUSEF-G-01357-001.

CLÁUSULA GENERAL

AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

La Compañía amplía el periodo de gracia para el pago de la prima o las fracciones pactadas, en caso de pago en parcialidades, por un plazo de 60 días naturales adicionales a los estipulados en el Contrato de Seguro.

Si la prima no es pagada a las 12 horas del último día del período de gracia, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que se presente un siniestro amparado durante el transcurso del periodo de gracia sin que la prima hubiera sido pagada, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período del seguro contratado.

Los demás términos y condiciones del contrato de seguro no se modifican de manera alguna.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de mayo de 2023, con el número CGEN-S0018-0046-2023/CONDUSEF-G-01524-001.