



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

**SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES
PERSONALES**

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0424-2017/CONDUSEF-002707-01 del RECAS - Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)



Contenido

1.	DEFINICIONES	3
2.	COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL	5
2.1.	Exclusiones.....	5
2.2.	Documentos para la comprobación de la cobertura de Muerte Accidental.....	6
3.	COBERTURAS ADICIONALES	7
3.1.	REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.....	7
3.1.1.	Gastos médicos cubiertos:.....	8
3.1.3.	Documentos para tramitar el Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	10
4.	DISPOSICIONES GENERALES.....	11
4.1	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	11
4.2	PERÍODO DE COBERTURA.....	11
4.3	FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA	12
4.4	AVISO DE SINIESTRO.....	12
4.5	EDADES DE CONTRATACIÓN	12
4.6	PRIMAS.....	13
4.7	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	13
4.8	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	14
4.9	MONEDA DEL CONTRATO	14
4.10	NOTIFICACIONES.....	14
4.11	PRESCRIPCIÓN.....	15
4.12	RENOVACIÓN.....	15
4.13	COMPETENCIA.....	15
4.14	INTERÉS MORATORIO	16
4.15	REHABILITACIÓN.....	18
4.16	DUPLICADO DE PÓLIZA.....	18
4.17	INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES	19
4.18	TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN	19
4.20	ENTREGA DE LA DOCUMENTACION CONTRACTUAL	19
4.21	DATOS PERSONALES	20
	Aviso de Privacidad.....	22



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., en adelante la COMPAÑIA, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada prevista en este Contrato de Seguro, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la ocurrencia del Evento y se cumpla con lo establecido en este Contrato.

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro.

Accidente. Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona.

Asegurado. Es la persona física, cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza con tal carácter, y que es cubierto por los riesgos contratados y amparados en este contrato de seguro en los términos estipulados en la descripción de cada cobertura.

Beneficio. Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado o Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

Beneficiario. La persona física y/o moral indicada en la Carátula de la Póliza que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.

Contratante. Es la persona física o moral, responsable de realizar el pago de la prima.

Deducible. Cantidad fija establecida en la carátula de la presente póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato de seguro.

Endoso. Es el documento registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante el cual se hace constar el acuerdo establecido en un contrato de seguro por las partes y cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto, parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Enfermedad Amparada. Alteración en la salud diagnosticada por un médico legalmente autorizado y con cédula profesional emitida dentro de la República Mexicana, que sufra el asegurado o asegurados durante la Vigencia de la Póliza; siempre y cuando ésta se encuentre vigente al momento de la ocurrencia del evento.

Evento. Cada una de las enfermedades y/o accidentes amparados en la Póliza.

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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Fecha de Inicio de Vigencia. Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.

Hospital. Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios y médicos.

Ley. Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Padecimientos Preexistentes. Se entenderá por padecimientos preexistentes, aquellos de los que con anterioridad a la celebración del contrato:

- a) Se haya declarado su existencia, o
- b) Se compruebe su existencia mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
- c) El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir tratamiento médico

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un médico especialista certificado que elija dentro de los previamente designados por la Compañía para un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el médico especialista certificado designado por el Asegurado y la Compañía, quienes deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de ser procedente la reclamación, la indemnización correspondiente será liquidada por la Compañía.

Periodo de Carencia: Es el periodo que deberá transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, para que el Asegurado se encuentre cubierto por enfermedad.

Periodo de Gracia. Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

Póliza y/o Contrato. Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.

Prima. Es el valor determinado por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

Suma Asegurada o beneficio. Es la cantidad o cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas por la que tendrá responsabilidad la Compañía en caso de proceder la reclamación.

Vigencia. Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

2. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia de lesiones, originadas directa e inmediatamente por un Accidente ocurrido durante la Vigencia de este seguro y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.

2.1. Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado, ocurrido o provocado por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por culpa grave al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- b) Por participar directamente en o derivado de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
- c) Por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- d) Por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**



**BNP PARIBAS
CARDIF**

- e) **Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña, siempre que el Asegurado sea el provocador,**
- f) **Por la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- g) **Al encontrarse en vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares.**
- h) **Como consecuencia de un Accidente de tránsito no reportado a las autoridades, en su caso.**
- i) **Suicidio.**

2.2. Documentos para la comprobación de la cobertura de Muerte Accidental

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
3. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público o autoridad que corresponda, incluyendo, en su caso, estudios de alcoholemia y toxicología;
5. En caso de ser aplicable, historia clínica completa;
6. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
7. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado;
8. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del (los) Beneficiario(s). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
9. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s).

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.



3. COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas aplican únicamente cuando se hubieren contratado y se contengan expresamente en la carátula de la Póliza.

La Compañía reembolsará al Asegurado, previa comprobación, los gastos médicos en que incurra, a causa de un accidente o de un accidente y/o enfermedad, según se especifique en la carátula de la Póliza. El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para estas coberturas será la suma asegurada contratada y especificada en la carátula de la Póliza.

3.1. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si como consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la Póliza y dentro de los 10 días siguientes a su ocurrencia, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete; la Compañía reembolsará los gastos médicos en que el Asegurado haya incurrido, previa comprobación y hasta el monto de la suma asegurada especificada en la carátula de Póliza, siempre que:

- **Los gastos se eroguen dentro de la Vigencia de la Póliza.**
- **La suma de los gastos médicos erogados exceda dicho deducible, el cual será indicado en la carátula de la Póliza.**
- **Los gastos médicos erogados tengan relación directa con la atención y/o el tratamiento del Accidente ocurrido.**
- **Los gastos médicos erogados correspondan directamente a la atención que se brinde al Asegurado derivado del Accidente amparado por la Póliza.**
- **Los gastos médicos hayan sido prescritos por un médico legalmente autorizado en la República Mexicana.**
- **Los gastos médicos sean acordes a la receta prescrita por el médico tratante.**
- **Los servicios médicos hayan sido proporcionados por instituciones públicas o privadas o por médicos autorizados para ejercer estas actividades, conforme a las leyes de la República Mexicana y siempre que no sean familiares del Asegurado.**

La responsabilidad de la Compañía está limitada a un plazo máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días naturales posteriores a la fecha del Accidente. Cualquier gasto médico que el Asegurado deba realizar

después de dicho plazo, no quedará cubierto, sin importar si la suma asegurada contratada y especificada en la carátula de Póliza no se haya consumido en su totalidad.

3.1.1. Gastos médicos cubiertos:

1. Los honorarios médicos y / o consultas médicas. Dentro de este concepto se incluyen los honorarios para brindar toda la atención a los Asegurados de cirujanos y anestesiistas, asistentes médicos e instrumentistas.
2. Gastos de hospital: costo de una habitación privada estándar, con cuarto de baño y los alimentos, así como los medicamentos del Asegurado.
3. Gastos de sala de recuperación.
4. Gastos de anestesia.
5. Honorarios de Enfermeras, prescritos por el médico, con un máximo de 3 (tres) turnos por día, de 8 (ocho) horas por turno. Si es contratado fuera de un hospital se pagará por un máximo de 30 (treinta) días.
6. Medicamentos y medicina adquiridos fuera del hospital o sanatorio, siempre y cuando sean recetados por los médicos y se acompañe el recibo original de la farmacia con la receta correspondiente.
7. Los análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía o cualquier otro tipo de estudios, esenciales para el diagnóstico y tratamiento.
8. Transfusiones sanguíneas y de hemoderivados, siempre que sean estrictamente necesarios para el tratamiento de un accidente amparado.
9. Los gastos incurridos por el consumo de oxígeno.
10. Los gastos por tratamientos de radioterapia y la terapia física.
11. Los gastos originados por prótesis, prescritas por uno de los médicos que asisten, estarán cubiertos hasta un máximo de 10% de la suma asegurada contratada.
12. Los gastos de ambulancia para traslado de los Asegurados se pagarán hasta un máximo del 5% de la cantidad asegurada contratada para esta cobertura.
13. El costo de la cama extra para un acompañante del Asegurado durante su internación en un sanatorio u hospital.
14. En todos los casos en los que en las facturas se incluya el impuesto al valor agregado (IVA), el reembolso deberá incluir dicho impuesto.

Se excluye cualquier otro tipo de impuesto o cargo.



3.1.2 Exclusiones

La Compañía no reembolsará los gastos médicos derivados y/o a consecuencia de lo siguiente, aun si estos son secundarios a un accidente amparado por la presente Póliza:

- a) Los accidentes ocasionados por enfermedades preexistentes o cualquier condición (consecuencias, recaídas o recurrencia de una enfermedad o accidente) que el Asegurado tenga al momento de la contratación o para el cual la persona asegurada reciba aviso, tratamiento o asesoría por cualquier médico registrado antes del día de contratación y los episodios en que se agudizan por un estado morbooso del Asegurado al momento del accidente.**
- b) Lesiones que surgan de intento de suicidio y actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- c) Gastos incurridos por cualquier tipo de tratamiento del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH SIDA o por cualquiera de sus complicaciones, aun si estos convergen con un accidente amparado.**
- d) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- e) Independientemente de la causa que los origine, tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, demencia, depresión nerviosa cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico.**
- f) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis, excepto si son a consecuencia de un accidente.**
- g) Gastos erogados por los servicios a los acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
- h) Tratamiento dental, alveolar, gingival o maxilo facial, salvo las que resulten de un accidente cubierto.**
- i) Tratamiento para el control del embarazo, parto, posparto, tratamientos de abortos, y sus complicaciones, salvo los que sean necesarios a causa de un accidente.**



- j) Trastornos de la alimentación, el lenguaje y el aprendizaje y trastornos del sueño.**
- k) Tratamiento o cirugía estética o plástica, reconstructiva, excepto los que son esenciales para restaurar la función de un órgano o miembro como resultado de un accidente cubierto.**
- l) Tratamiento debido a las infecciones, a menos que sean consecuencia de un accidente cubierto.**
- m) Tratamientos causados por cualquier condición que resulta de la radiación nuclear o atómica.**
- n) Hernias, excepto si fueron causadas por un accidente cubierto.**
- o) Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, lesiones, enfermedades o intervenciones específicamente excluidas en la póliza.**
- p) 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 en forma directa para la realización del accidente.**
- q) Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.**
- r) Por la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- s) Lesiones originadas por mal praxis.**

3.1.3. Documentos para tramitar el Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione.
2. Original de los comprobantes de pago (facturas y/o recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos) a nombre del Asegurado; las facturas de farmacia deberán acompañarse con las recetas de los médicos que prescriben salvo los antibióticos, en cuyo caso deberá presentarse una copia (las recetas deben contrar con todo lo necesario de acuerdo a la norma oficial de salud vigente al momento de la expedición), de igual forma estudios de laboratorio o gabinete, patología, imagenología, etc. En estos últimos deberá anexar los resultados e interpretación y nombre del paciente.

Todos los recibos y facturas deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes y contar con el desglose por monto y concepto.



3. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución
4. La documentación se someterá a dictamen administrativo y médico, en caso de que proceda, se reembolsarán los gastos de acuerdo a lo contratado, aplicando el deducible contratado indicado en la carátula de la póliza.
5. Cuando presente gastos y exista el antecedente de un gasto procedente ya reclamado, mencione el número de siniestro asignado. En este caso, no se aplicará a su reembolso el concepto de deducible.
6. Si recibe atención médica de diferentes especialistas en el mismo tratamiento médico, solicite a cada uno que llene un formato de "Informe Médico", además de cumplir con los requisitos del numeral 2 anterior.
7. Resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado, adjuntando su respectiva interpretación (copia).

No se aceptarán pagos a establecimientos oficiales o instituciones de beneficencia donde no se exige remuneración.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

4. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. 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. Este derecho se hace extensivo para el contratante.

Esta Póliza podrá ser modificada mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable.

4.2 PERÍODO DE COBERTURA

La cobertura de este seguro para cada Asegurado iniciará en la hora y fecha señaladas en la carátula de la Póliza y terminará a las 12:00 horas de la fecha señalada en la carátula de la Póliza respectiva. Asimismo, el seguro también podrá terminar al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) A la muerte del Asegurado.
- b) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación, no proceda ésta, por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación que se señala en las Cláusulas del presente contrato.
- c) Por falta de pago de la prima correspondiente a la Póliza, habiendo transcurrido el Periodo de Gracia.



4.3 FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a esta Póliza, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites especificados en la carátula de la Póliza, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido los informes y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En caso de que se haya contratado la cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos y el Asegurado fallezca, el reembolso de los gastos médicos se pagará a los beneficiarios designados que aparecen en la carátula de la Póliza.

4.4 AVISO DE SINIESTRO

Se deberá avisar por escrito a la Compañía de la ocurrencia de cualquier riesgo amparado por esta Póliza, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

4.5 EDADES DE CONTRATACIÓN

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual y las subsecuentes renovaciones.

La edad mínima de contratación, la edad máxima de contratación y la edad máxima de renovación, son las que se indican en la carátula de la Póliza.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato de seguro, a no ser que la edad real en la fecha de su contratación, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la reserva de riesgos en curso que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión. No obstante la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual;
- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la



**BNP PARIBAS
CARDIF**

que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad del Asegurado manifestada en la carátula de la Póliza y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Si en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza individual, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en la carátula de la Póliza o extenderá al Asegurado otro comprobante; en este caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

4.6 PRIMAS

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la carátula de la Póliza.

La Prima vence en la fecha de inicio de vigencia de la póliza individual. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla. En caso de la realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la carátula de la Póliza.

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante y/o al Asegurado, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia a que se refiere el segundo párrafo de esta cláusula.

4.7 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho a designar libremente a los Beneficiarios del seguro y podrá revocar tal designación mediante notificación por escrito a la Compañía. No obstante lo anterior, el Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable y comunicándolo al Beneficiario y a la Compañía.

La renuncia se hará constar forzosamente en esta Póliza y será el único medio de prueba.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando existan varios Beneficiarios, al fallecer alguno de ellos su porción acrecentará la de los demás en partes iguales, a menos que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

En 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.

Para la cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos, el beneficiario será el propio Asegurado.

4.8 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/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 del mismo. Por lo que, el Asegurado y/o Beneficiario deben proporcionar a la Compañía toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad o accidente, salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo proporcionarla tan pronto desaparezca el impedimento.

Se perderá todo derecho al Beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

4.9 MONEDA DEL CONTRATO

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en la moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

En caso de que el Asegurado haya realizado pagos en moneda extranjera, la Compañía los reembolsará en el equivalente en moneda nacional conforme al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera dentro de los Estados Unidos Mexicanos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectuó el pago.

4.10 NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación a la Compañía derivada o relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito precisamente en su domicilio indicado en la carátula de la Póliza.

En todos los casos en que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la Póliza, deberá comunicarlo al Asegurado para todas las comunicaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquiera otro efecto legal.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacer al Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del Asegurado, respecto del cual la Compañía tenga conocimiento.

4.11 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro, prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4.12 RENOVACIÓN

La Póliza será emitida con vigencia anual o por periodos menores, de acuerdo a lo especificado en la carátula de la Póliza. Transcurrido este período, la Compañía podrá proceder a renovar la misma, hasta el aniversario en que el Asegurado alcance la edad especificada en la carátula de la Póliza para este efecto, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. **La prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente, en el entendido de que el periodo de carencia no será modificado y, en caso de modificación, las condiciones serán congruentes con las originalmente contratadas.**

El pago de la Prima acreditado se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de las partes para llevar a cabo la renovación de la Póliza.

4.13 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 65 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 Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (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 las dichas delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

4.14 INTERÉS MORATORIO

En el caso de que la Compañía, 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, 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.

Ley. “Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. “Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca



**BNP PARIBAS
CARDIF**

múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior, y para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecidas en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII.- La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:



- a) *Los intereses moratorios;*
- b) *La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y*
- c) *La obligación principal.*

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dice sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX.- Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

4.15 REHABILITACIÓN

Si después de transcurrido el periodo de gracia no se ha podido hacer el cargo de la prima correspondiente a la cuenta del Contratante o Asegurado por no contar con los fondos o línea de crédito suficientes, la Póliza quedará cancelada y ésta podrá rehabilitarse en forma automática dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del periodo de gracia, si dentro de ese lapso la cuenta vuelve a tener los fondos o línea de crédito suficientes para hacer los cargos correspondientes. En caso de ocurrir un siniestro dentro del periodo en descubierto la Compañía no estará obligada a su pago.

4.16 DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el Contratante y/o Asegurado, en el domicilio de la Compañía.

Los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante y/o Asegurado.



4.17 INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES

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 (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

4.18 TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN

Esta Póliza será cancelada sin necesidad de notificación o declaración judicial y sin obligación posterior para la Compañía, si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en la presente Póliza, cesando los efectos del contrato a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

El Contratante podrá dar por terminado el contrato en cualquier momento al presentar a la Compañía un documento escrito en el cual solicite la cancelación de la póliza. En este caso, la Compañía devolverá la prima pagada disminuida de los gastos de administración y de adquisición correspondiente al periodo no devengado.

Asimismo, cuando a petición del Contratante, la Póliza no sea renovada.

En la fecha en la que, en caso de ser procedente, se pague la Suma Asegurada por Muerte Accidental del Asegurado.

4.19 TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas en este Contrato de Seguro se aplicarán en caso de Eventos ocurridos exclusivamente dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

4.20 ENTREGA DE LA DOCUMENTACION CONTRACTUAL

De conformidad con lo dispuesto por la Circular Única emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se hace del conocimiento del Asegurado que la Compañía se obliga a entregar al Asegurado, la Póliza y demás documentos en donde consten los derechos y obligaciones que les derivan a las partes de este contrato de seguro, a través de cualquiera de los siguientes medios:

- De manera personal, al momento de contratar este seguro;
- Por envío a domicilio, por los medios que la Compañía considere convenientes para tales efectos; o
- A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el punto uno, y en los casos de los puntos dos y tres, resguardará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

En caso de que el Asegurado no recibiere los documentos a que se refiere el primer párrafo de esta cláusula, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a haber contratado la Póliza, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 01 800 522 0976



para que a elección del Asegurado, la Compañía le haga llegar la documentación, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

4.21 DATOS PERSONALES

Para la ejecución del objeto del presente contrato, las partes se obligan a cumplir con lo establecido en la **LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES**.

4.22 AGRAVACIÓN DEL 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 el Artículo 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).**

“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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones 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 17 de octubre de 2017, con el número CNSF-S0104-0424-2017”

Las referencias a los preceptos legales descritos en esta póliza, puede consultarlos en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., sociedad debidamente constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, ubicadas en **Avenida Paseo de las Palmas 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 en México, Ciudad de México**, conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo (en lo sucesivo y conjuntamente denominadas "Cardif"), ponen a su disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley").

Le damos a conocer, de manera enunciativa, más no limitativa, algunos de los datos personales que podemos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna, con la finalidad de llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio, así como cualquier actividad derivada de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif: (1) **datos de identificación**, tales como: nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, teléfono(s) y correo electrónico; (2) **datos personales sensibles** en términos de la Ley, tales como: datos sobre su estado de salud pasado, presente o futuro, origen racial o étnico, datos sobre enfermedades congénitas o crónicas y condiciones y causales del siniestro; (3) **datos financieros y patrimoniales**, tales como: número de tarjeta de crédito y/o débito, condiciones y línea de crédito revolvente, ingresos y salario; entre otros.

Las **finalidades** de obtener sus datos personales son: (1) evaluación del riesgo propuesto; (2) cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif; (3) cumplimiento de las obligaciones legales que le derivan a Cardif, así como de las políticas y procedimientos internos; (4) identificación; (5) operación, gestión y administración de los productos y servicios que usted tiene contratados o que llegare a contratar con Cardif; (6) atención de cualquier consulta, duda, aclaración o queja; y (6) cualquier otro fin similar o análogo a los antes mencionados.

Limitación del uso y divulgación de los datos personales: Le informamos que sus datos personales, serán salvaguardados en todo momento bajo los más altos estándares de seguridad, garantizando en todo momento la más estricta confidencialidad y privacidad de los mismos, de conformidad con las políticas y procedimientos que Cardif tenga implementados al respecto, apegándonos en todo momento a lo establecido por la Ley. Le hacemos extensivo que Cardif no venderá, alquilará o enajenará de forma alguna sus datos personales ni los compartirá, transmitirá o transferirá de forma alguna, para fines de comercialización de bienes y servicios.

Podremos **transferir sus datos personales** a terceros nacionales o extranjeros, en la medida en que la transferencia sea necesaria para dar cumplimiento a las finalidades previamente mencionadas. Asimismo, le informamos que dichos terceros, asumen las mismas obligaciones y responsabilidades asumidas por Cardif, en términos de este Aviso de Privacidad.

A partir del 6 de enero de 2012, usted podrá **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición** de sus datos personales. La solicitud que presente deberá apegarse en todo momento a los requisitos señalados por el Artículo 29 de la Ley, así como a su respectivo Reglamento y a los procedimientos internos de Cardif, mismos que haremos



**BNP PARIBAS
CARDIF**

extensivos a usted al momento de ingresar su solicitud, o que podrá consultar en cualquier momento en www.bnpparibascardif.com.mx.

Para **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición**, así como para **limitar el uso y divulgación de sus datos personales**, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado; y/o (2) hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico a la siguiente dirección sac_mx@cardif.com.mx; y/o (3) contactarnos vía telefónica al número 01 800 522 0976.

En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y no se manifieste en contrario, consiente que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo, acepta que el uso abarca cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades antes mencionadas. Lo anterior, ya sea que sus datos personales hubieren sido proporcionados o llegaren a ser proporcionados directamente por usted o a través de agentes, promotores comisionistas, socios comerciales, prestadores de servicios o cualquier otro tercero, hayan sido éstos obtenidos por cualquier medio, ya sea electrónico, óptico, sonoro, audiovisual, o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que Cardif llegue a contar. En caso de que usted nos llegare a proporcionar datos personales de terceros, usted se obliga en este acto a informar a dichos terceros acerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible.

Cardif se reserva el derecho de **cambiar en cualquier momento este Aviso de Privacidad**, por lo que recomendamos monitorearlo regularmente. En caso de que existiere algún cambio, lo haremos extensivo para usted por medio de: (1) una publicación visible en nuestro portal de internet; y/o (2) un aviso en un periódico de circulación nacional; y/o (3) por cualquier otro medio que a discreción de Cardif se considere como idóneo.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de octubre de 2017, con el número CNSF-S0104-0424-2017”

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0424-2017/CONDUSEF-002707-01 del RECAS - Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).