



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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

SEGURO DE VIDA GRUPO (DIVIDENDOS)

CONDICIONES GENERALES



SEGURO DE VIDA GRUPO (DIVIDENDOS.....	3
1. DEFINICIONES.....	3
2. COBERTURA BASICA	5
2.1 FALLECIMIENTO.....	5
3. COBERTURAS ADICIONALES	6
3.1 Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad	6
3.2 Desempleo Involuntario Empleados	8
3.3 Desempleo Involuntario por Incapacidad Total Temporal.....	11
3.4 Enfermedades Graves	14
3.4.1 Infarto al Miocardio.....	14
3.4.2 Cáncer.....	15
4. CLAUSULAS GENERALES	18

SEGURO DE VIDA GRUPO (DIVIDENDOS)

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. en adelante denominada la Compañía, 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 este Contrato de Seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular.

- **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. **No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.**
- **Asegurado.** Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza, que ha otorgado su Consentimiento respecto a las coberturas de este contrato siempre que dichas coberturas se especifiquen en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, para quedar amparado por el presente Contrato de Seguro, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual respectivo.
- **Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado y/o el Beneficiario en caso de ser procedente la reclamación del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **Certificado Individual.** Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, que, cuando menos, contiene la siguiente información: operación de seguro, nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, número de la póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del Contrato de Seguro, vigencia del Certificado Individual, Fecha de Alta del Certificado Individual, nombre del Asegurado, fecha de nacimiento del Asegurado, edad del Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, entre otros.
- **Compañía.** Significa **Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.**
- **Contratante:** Persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro, señalada en la Póliza y/o certificado individual, en caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados.
El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.
- **Enfermedad.** Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, que se origine independientemente de hechos accidentales por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.
- **Enfermedad No Grave.** Aquellas Enfermedades o padecimientos del Asegurado que (i) no sean consideradas como emergencias médicas; y (ii) no pongan en peligro la vida, la integridad física o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.
- **Evento.** Se entenderá que es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentra amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo.
- **Fecha de Alta del Certificado Individual.** Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.



- **Fecha de Inicio de Vigencia.** Significa la fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.
- **Fecha de Término de Vigencia.** Fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual concluye la protección de la Póliza.
- **Grupo Asegurado.** Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.
- **Hospital.** Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios y médicos.
- **Institución de Seguridad Social.** Significa: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Padecimientos Preexistentes.** Significa aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación de este seguro:
 - Se haya declarado su existencia; o
 - Se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
 - Sean comprobables 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.

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 solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, resumen del expediente médico o 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 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, la Compañía se somete a comparecer ante el mencionado árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de ser procedente la reclamación, la indemnización correspondiente será liquidada por la Compañía.

- **Periodo de Carencia.** Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Contratante y/o el Asegurado, según sea el caso, paga(n) las Primas correspondientes, pero no reciben los beneficios respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro. Es decir, si llegare a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Periodo de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente. Este periodo deberá ser cumplido por cada Asegurado cuando ingrese al Grupo Asegurado, entendiéndose como fecha de ingreso, la Fecha de Alta del Certificado Individual. En caso de ser aplicable, el Periodo de Carencia será el establecido en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual.
- **Periodo de Espera.** Significa el lapso de tiempo en el que el Asegurado deberá mantenerse ya sea en estado de Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente o Enfermedad o de Incapacidad Total Temporal, según sea el caso, de acuerdo a lo establecido en la cobertura correspondiente, para tener derecho a la indemnización



respectiva en caso de ser procedente. El Periodo de Espera aplicable, será el establecido en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

- **Período de Gracia.** Plazo otorgado por la Compañía para el pago de la prima, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la misma, la cual se deducirá de la indemnización a pagar si ocurriera el evento cubierto durante este lapso.
- **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, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Prima.** Cantidad de dinero que debe pagar el Contratante a la Compañía, en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. La prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de que el Contratante optare por cubrir la misma en parcialidades, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.
- **Recibo de Pago.** Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.
- **Reglamento.** Se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
- **Suma Asegurada Máxima.** Significa la cantidad máxima que la Compañía se obliga a pagar por Asegurado, la cual está indicada en cada cobertura de la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad establecida en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en su caso, al verificarse el Evento, de proceder la reclamación.
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

2. COBERTURA BASICA

2.1 FALLECIMIENTO

2.1.1 Descripción de la cobertura

La Compañía pagará a los Beneficiarios, en una sola exhibición, la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que fallezca mientras el Contrato de Seguro este vigente. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, la protección terminara sin obligación alguna para la Compañía.

2.1.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) **Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. En caso de actualizarse el evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva.**



2.1.3 Comprobación del Fallecimiento

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

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado;
- Copia del certificado de defunción del Asegurado;
- Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de la forma violenta;
- Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Original del certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la ocurrencia del evento, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

3. COBERTURAS ADICIONALES

3.1 Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

- a) Aquella condición del Asegurado de carácter permanente, que se manifiesta durante la vigencia de la Póliza derivada de un accidente o enfermedad y permanezca de forma continua durante un periodo de espera que se especificara en la carátula de la póliza y/o Certificado individual, que impida al Asegurado desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con sus conocimientos, aptitudes o posición social y por consiguiente no se procure la totalidad de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez; o
- b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, de ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no será necesario que transcurra el periodo de espera arriba indicado.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

Pérdida de una mano: Su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del puño o arriba de ella.



Pérdida de un pie: Su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

3.1.1 Descripción de la Cobertura.

En caso de que el Asegurado caiga en estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente, o de un accidente o enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la póliza, durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al mismo o a los beneficiarios, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura que se estipula en dicha carátula. En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de una Enfermedad aplicará un periodo de carencia que se especificara en la carátula de la póliza.

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente, o de un accidente o enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la póliza, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los avances científicos existentes a la fecha de que ocurrió el siniestro.

Para determinar este estado, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado de "Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente", el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, que no sean familiares del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar dicha invalidez total y permanente. En caso de controversia dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del presente contrato de seguro.

Para tener derecho a la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado deberá presentar a la Compañía pruebas fehacientes de dicho estado y someterse, en su caso, a las evaluaciones que ésta solicite.

3.1.2 Exclusiones

La Compañía no pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de:

- a) **Intento de suicidio del Asegurado;**
- b) **Lesiones autoinfligidas del Asegurado, aun cuando sea cometida en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante cualquier procedimiento quirúrgico, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado;**
- c) **Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- d) **Actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución,**



- insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares o la participación directa del asegurado en actos de terrorismo;
- e) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;
 - f) El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear;
 - g) Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador, o actos relacionados con los anteriores;
 - h) La participación del Asegurado en 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;
 - i) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o cirugías elegidas voluntariamente por el Asegurado;
 - j) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

3.1.3 Periodo de Espera

Para esta cobertura aplica un Periodo de espera el cual se indica en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, y será, contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

3.1.4 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, y será, contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado

3.1.5 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente

- Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado;
- Dictamen Médico que acredite la Invalidez Total y Permanente, emitido por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, emitido por alguna institución de seguridad social;
- Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude a comprobar la Invalidez Total y Permanente;
- Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la ocurrencia del evento, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

3.2 Desempleo Involuntario Empleados

3.2.1 Descripción de la cobertura



La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada para los asegurados que sean empleados bajo contrato laboral por tiempo indeterminado, y que los mismo tengan plena capacidad para el trabajo, prestando a otra persona física o moral, que cuente con Registro Federal de Contribuyentes, un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, por lo que las coberturas de Desempleo Involuntario Empleados y la de Desempleo Involuntario por Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

Si el Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, llegare a perder su fuente de ingresos económicos derivado del Evento de Desempleo Involuntario, sin responsabilidad de su parte; la Compañía pagara al propio Asegurado respecto de esta cobertura, mientras subsista el estado de Desempleo Involuntario del mismo, y de acuerdo con lo especificado en el Certificado Individual, el Pago Total de la Suma Asegurada Máxima.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización conforme a esta cobertura, la Compañía indemnizara al propio Asegurado no pudiendo nunca exceder el numero de pagos especificados en la caratula de la póliza y/o certificado Individual, de acuerdo con los siguientes supuestos, de conformidad con lo estipulado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual.

- A. Pago mensual:** Los pagos que en su caso sean procedentes, se realizaran en función del tiempo que el Asegurado permanezca en estado de Desempleo Involuntario y siempre que dicho Asegurado acredite a la Compañía que continua en el mencionado estado, conforme a la siguiente tabla:

Lapso de duración del Desempleo Involuntario	Pagos a indemnizar
Mayor a 30 días pero menor a 60 días	1
Mayor o igual a 60 días pero menor a 90 días	2
Mayor o igual a 90 días pero menor a 120 días.	3
Mayor o igual a 120 días pero menor a 150 días.	4
Mayor o igual a 150 días pero menor a 180 días.	5
Mayor o igual a 180 días pero menor a 210 días.	6

- B. Pago en una sola Exhibición:** La Compañía indemnizara al propio Asegurado un monto único equivalente al número de pagos que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, desde el momento en el que el Asegurado acredite encontrarse en estado de Desempleo Involuntario, una vez transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, sin importar el tiempo que el Asegurado permanezca en dicho estado.

3.2.2 Restricciones

Este beneficio podrá ser utilizado por el Asegurado por una sola ocasión cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura. Adicionalmente, se requiere que el Asegurado haya trabajado ininterrumpidamente,



al menos durante los últimos meses, es decir que cuente con periodo mínimo activo que se especificará en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

3.2.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o certificado Individual, y será, contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

3.2.4 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Desempleo Involuntario del Asegurado comenzara su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual a partir de que tenga lugar el Evento.

3.2.5 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- a) **Si el Asegurado renuncia voluntariamente a su empleo;**
- b) **Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada;**
- c) **Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento;**
- d) **Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, motín, o catástrofe nuclear;**
- e) **Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa);**
- f) **Por la participación del Asegurado en paros, o disputas laborales, y huelgas, en este último caso se aplicara la exclusión *por todo el tiempo que dure la huelga y cuando la misma sea calificada como ilícita o declarada inexistente en los términos de la Ley Federal del Trabajo;***
- g) **Derivado de programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura, para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o en general incluyan la descripción de las actividades laborales desempeñadas por el Asegurado; y**
- h) **Cuando el Asegurado hubiere tenido conocimiento de que se produciría su desempleo, dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha en que se contrate el Seguro.**

3.2.6 Comprobación del Desempleo Involuntario Empleados

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

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;



- A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos 1 (un) año de antigüedad a la fecha de reclamación de la indemnización por esta cobertura, alguno de los siguientes documentos: (i) copia de contrato laboral por tiempo indeterminado; (ii) copia certificada de laudo arbitral que acredite la relación laboral; (iii) copia de los últimos 12/24 recibos de nómina [según hayan sido quincenales o mensuales], con numeración consecutiva, si no fuere ésta consecutiva, sustentada con estados de cuenta bancarios en los que se acrediten los depósitos al titular del recibo sin dependencia económica con otro empleador; (iv) original de la carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral;
- Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de liquidación; (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (iii) original de la carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (iv) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente;
- Una vez comprobado el estado de desempleo involuntario del Asegurado, para el pago de los siguientes pagos mensuales, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar desempleado, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en instituto de seguridad social alguno.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el despido injustificado del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

3.3 Desempleo Involuntario por Incapacidad Total Temporal

3.3.1 Descripción de la cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada para los Asegurados que sean autoempleados, libre ejercicio de la profesión o con actividades empresariales, según lo especificado en el Certificado Individual, y cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad se incapaciten de manera Total y Temporal y queden imposibilitados para desarrollar una actividad remunerada, la Compañía pagará al propio Asegurado mientras subsista el estado de Incapacidad Total Temporal, de acuerdo con lo especificado en el Certificado Individual, el Pago Mensual de una Suma Asegurada Fija, por lo que las coberturas de Desempleo Involuntario Empleados y la de Desempleo Involuntario por Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

El beneficio de Incapacidad Total Temporal aplica únicamente para profesionistas independientes o personas con actividad independiente, que por su giro o actividad, no son susceptibles del beneficio de la cobertura por Desempleo Involuntario, y que no estén cotizando en ningún sistema de seguridad social, ni estén empleados bajo contrato laboral de acuerdo a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización conforme a esta cobertura, la Compañía indemnizará al propio Asegurado no pudiendo nunca exceder el número de pagos especificados en la



carátula de la póliza y/o certificado Individual, de acuerdo con los siguientes supuestos, de conformidad con lo estipulado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual.

- A) Pago Mensual:** Los Pagos, que en su caso sean procedentes, se realizarán en función del tiempo que el Asegurado permanezca en estado de Incapacidad Total Temporal y siempre que dicho Asegurado acredite a la Compañía que continua en el mencionado estado, conforme a la siguiente tabla:

Lapso de duración del Desempleo por Incapacidad Total Temporal	Pagos a indemnizar
Mayor a 30 días pero menor a 60 días	1
Mayor o igual a 60 días pero menor a 90 días	2
Mayor o igual a 90 días pero menor a 120 días.	3
Mayor o igual a 120 días pero menor a 150 días.	4
Mayor o igual a 150 días pero menor a 180 días.	5
Mayor o igual a 180 días pero menor a 210 días.	6

- B) Pago en una sola Exhibición:** La Compañía indemnizará al propio Asegurado un monto único equivalente al número de pagos que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, desde el momento en el que el Asegurado acredite encontrarse en estado de Incapacidad Total Temporal, una vez transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, sin importar el tiempo que el Asegurado permanezca en dicho estado.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Incapacidad Total Temporal, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, que imposibilita al Asegurado temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso permanentemente en su domicilio, por prescripción de un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

3.3.2 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado por una sola ocasión cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura.

3.3.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, y será contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

3.3.4 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado



Individual a partir de que se determine la Incapacidad Total Temporal. Este periodo no aplica si la Incapacidad total temporal es consecuencia de un accidente.

3.3.5 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá si la Incapacidad Total Temporal es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) **Lesión corporal auto-infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; o en la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional;**
- c) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;**
- d) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte;**
- e) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador;**
- f) **Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;**
- g) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;**
- h) **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, tal como se define más adelante;**
- i) **Padecimientos derivados de intento de suicidio; y**
- j) **Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**

Única y exclusivamente respecto de esta cobertura, por “**Padecimientos Preexistentes por Incapacidad Total Temporal**” deberá entenderse:

- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del seguro, el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que el padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una Incapacidad Total Temporal; y/o
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del seguro, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, Incapacidad Total Temporal;
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del seguro el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que existía un pronóstico de desarrollar Incapacidad Total Temporal, derivado del padecimiento de que se trate.



3.3.6 Comprobación del Desempleo Involuntario por Incapacidad Total Temporal

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

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
- Original del informe médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal;
- Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente;
- Una vez comprobado el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, para el pago de los siguientes pagos mensuales, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar en estado de Incapacidad Total Temporal, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, así como los documentos que acrediten fehaciente e indubitadamente su estado de Incapacidad Total Temporal.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

3.4 Enfermedades Graves

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual para esta cobertura, si durante la vigencia de la misma, el Asegurado sufre alguna de las Graves Enfermedades siguientes:

3.4.1 Infarto al Miocardio

3.4.1.1 Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la ocurrencia del evento, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

3.4.1.2 Definición

Es la muerte de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de coronariopatía. El diagnóstico deberá cumplir con los siguientes tres criterios y ser diagnóstico de un nuevo infarto agudo del miocardio.



- Sufrir los síntomas consistentes y clínicamente aceptados con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio; y
- Nuevos cambios característicos en el electrocardiograma; y
- Con elevaciones características en los marcadores bioquímicos cardiacos específicos arriba de los valores normales.

La insuficiencia cardiaca, dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertas.

3.4.1.3 Demostración

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los 14 días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas Q en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca mostrados en los imagines cardiacos 30 días después del procedimiento coronario.

3.4.2 Cáncer

3.4.2.1 Descripción de la cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Si el asegurado fallece dentro de los primeros 3 meses posteriores al diagnóstico de cáncer, sin que haya reclamado el seguro, la Suma Asegurada se pagará a su Cónyuge, y a falta de éste se pagará, en partes iguales, a los hijos del Asegurado que tengan la mayoría de edad y a falta de Cónyuge y de hijos mayores de edad, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión del Asegurado.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. **Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a La Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.**

3.4.2.2 Definición

El cáncer es un tumor maligno caracterizado por un crecimiento y la diseminación incontrolable de células malignas con la destrucción del tejido normal. El término cáncer incluye leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin's. El cáncer deberá requerir tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia.

3.4.2.3 Demostración

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico válido y aprobado por el especialista.



Se excluye lo siguiente:

- Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.
- Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ.
- Policitemia Vera.
- Trombocitemia Esencial.
- Todos los cánceres cutáneos, no melanoma.
- Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado mayor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase T2NOMO según la clasificación de AJCC* Séptima Edición Clasificación TMN**.
- Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.
- Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm. según la clasificación de Breslow.
- El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la Séptima Edición de AJCC* Clasificación TMN**, siempre y cuando no exista metástasis.
- Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la Sexta Edición de AJCC* Clasificación TMN** como Ta o una clasificación equivalente, siempre y cuando no exista metástasis.
- Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) con clasificación menor de la Etapa 3 en la prueba de RAI.
- Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del periodo de espera de clasificación.

* "AJCC = American Joint Committee on Cancer (Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer): Es la organización más conocida para definir y popularizar las normas de las etapas del cáncer.

** 7ª Edición de la Clasificación TMN de Tumores Malignos de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) Es un sistema de estadificación o clasificación de acuerdo a la extensión y gravedad de una enfermedad tumoral maligna, donde:

T = Tumor primario (tamaño o extensión)

M = Metástasis o diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo."

N = Nódulos linfáticos de la región afectados por diseminación de células cancerosas.

3.4.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Período de Carencia en los términos definidos, el cual se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

3.4.4 Exclusiones para Enfermedades Graves

- **Padecimientos preexistentes por enfermedades ocurridas antes de la fecha de inicio del seguro.**



- Enfermedades que son consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- Enfermedades que son consecuencia por la participación directa del Asegurado en o que surjan de: actos de guerra, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
- Enfermedades que son consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear.
- Enfermedades que son consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.
- Enfermedades ocasionadas por participar el Asegurado en actividades de alto riesgo tales como el manejo de explosivos y de armas de fuego.
- Enfermedades ocurridas como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña.
- Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.

3.4.5 Comprobación de Enfermedades Graves

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

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial preferentemente IFE. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- Documentos que acrediten la enfermedad grave en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para Diagnosticar la enfermedad grave, emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado;
- Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de la enfermedad grave, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley

Esta póliza no aplica para aquellas personas que tengan cualquiera de las siguientes ocupaciones: policía, agente secreto, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto



fumigador, piloto aviador, deportistas profesionales, operador de maquinaria pesada y trabajadores de plantas nucleares.

4. CLAUSULAS 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 al 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 Periodo de Cobertura

La vigencia de las coberturas contratadas inicia y termina en las fechas señaladas en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente. 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 automática, no proceda ésta, por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación.
- c) Por falta de pago de la prima correspondiente a la Póliza, habiendo transcurrido el Periodo de Gracia.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Alta del Certificado Individual especificada el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

4.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones

En términos del artículo 50, fracción IV de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía renuncia expresamente a su derecho de rescindir el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones del Asegurado.

4.4 Forma de Pago de la Suma Asegurada Contratada

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondan para cada cobertura contratada, en una sola exhibición previa comprobación del siniestro de que se trate, salvo las relativas a Desempleo Involuntario Empleados y Desempleo Involuntario por Incapacidad Total Temporal, cuyo pago se hará en los términos convenidos.

4.5 Aviso de Siniestro

Tan pronto como el Beneficiario y/o el Asegurado tengan conocimiento de la realización del siniestro (Evento) y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía, por escrito, para lo cual gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.



4.6 Edades de Contratación

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la Póliza 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 y/o Certificado Individual respectivo.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la parte no devengada de la prima en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, 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 en la fecha de celebración del Contrato
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la ocurrencia del evento se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada 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.

Para los cálculos mencionados en esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 172 de la Ley).

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente

4.7 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 y/o en el Certificado Individual respectivo.

El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.



La prima vence respecto de cada uno de los Asegurados en la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma fraccionada, los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en el plazo que se pacte y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido fuera del periodo de vigencia de este Contrato de Seguro y/o del Certificado Individual respectivo.

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 y/o en el Certificado Individual respectivo.

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 del Contratante, 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 automáticamente, a las doce horas del último día del periodo de gracia o del plazo de pago, a que se refiere el tercer párrafo de ésta cláusula.

En el evento de que el Contratante y/o el Asegurado no pagaren las Primas y demás prestaciones que hubiese(n) contraído en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley.

4.8 Periodo de Gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo que se especifica en la carátula de la Póliza y/o en el certificado individual, de acuerdo a lo convenido con el Contratante, los efectos de esta Póliza 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.

Durante el Período de Gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si el Asegurado sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta Póliza, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

4.9 Comprobación del Siniestro.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado 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 debe proporcionar a la Compañía, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del evento, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, 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.

4.10 Moneda

Los pagos que el Contratante y/o Asegurado y la Compañía deban hacer en términos de esta Póliza, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

4.11 Modificaciones y Notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante Endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de Beneficiarios sólo podrá efectuarla el Asegurado.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la vigencia de la Póliza.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

4.12 Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán, respecto a la cobertura de Fallecimiento en 5 (cinco) años, años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los 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.

4.13 Renovación

El Contrato de Seguro se renovará automáticamente, una vez transcurrido el periodo de vigencia mediante endosos, salvo que el Contratante o la Compañía manifiesten expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura, cuando menos con veinte días hábiles antes del vencimiento del Contrato. La renovación se llevará a cabo en las mismas condiciones contratadas, a partir de la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro, siempre que la edad del Asegurado se encuentre dentro de los límites de edades de aceptación definidos por la Compañía y se reúnan los requisitos que establece el Reglamento. La prima considerada para



cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento y su monto se hará del conocimiento del Contratante con al menos treinta días hábiles de anticipación a la renovación del Contrato de Seguro.

En caso de renovación no aplica el periodo de carencia indicado en la carátula de la Póliza y/o del Certificado Individual respectivo.

4.14 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía 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 las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

4.15 Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el(los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al(los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

“Artículo 135 BIS. Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.”

4.16 Rehabilitación

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá poner la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Así mismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:



- a) El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que la Compañía tiene expresamente para este fin.
- b) El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidas por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
- c) El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

4.17 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, en el domicilio de la Compañía.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del Contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante.

4.18 Comisiones o Compensaciones

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

4.19 Entrega de Documentación Contractual

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y/o al Contratante los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

- De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
- Tratándose del Certificado Individual, se hará de conformidad con lo establecido en la Cláusula de Entrega de Documentación contractual;
- A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
- A través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, 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 numeral 1, y en los casos de los numerales 2, 3 y 4, resguardará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.



Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 01 800 522 7343; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

4.20 Beneficiario

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

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 deben 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 tendrá 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.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Cambio de Beneficiarios:

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

4.21 Régimen Fiscal

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de la indemnización a los Beneficiarios.

4.22 Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:



- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes al Grupo Asegurado (Asegurados), así como entregar a la Compañía los Consentimientos respectivos respecto de las coberturas de fallecimiento;
- Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y
- Remitir a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.

La periodicidad, medios y procedimiento mediante el cual el Contratante dará cumplimiento a las obligaciones antes descritas, así como las características de dicha información, serán los que las partes especifiquen en su momento, por escrito, en un documento independiente.

4.23 Registro de los Asegurados

La Compañía formará un registro de los Asegurados que contendrá como mínimo, los siguientes datos:

- Nombre, fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del grupo;
- Suma Asegurada o regla para determinarla;
- Fecha de entrada en vigor del seguro respecto de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo;
- Operación y plan de seguros de que se trate;
- Número de Certificado Individual; y
- Coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

4.24 Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a las pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

4.25 Administración y Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y eficientar el proceso de administración y gestión de la póliza, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

4.26 Ingresos

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales



siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

4.27 Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez el Certificado Individual respectivo.

4.28 Cesión

Este Contrato de Seguro no podrá ser cedido o transmitido por el Contratante sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía. Ningún Asegurado podrá ceder su Certificado Individual.

4.29 Dividendos

Esta póliza otorgará dividendos por siniestralidad favorable al Contratante y/o, en su caso, a los Asegurados, de acuerdo con el porcentaje establecido en la carátula de la Póliza.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la póliza de acuerdo a la siniestralidad y a la prima de riesgo pagada y devengada.

Los dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la Póliza. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados.

Si con posterioridad a la liquidación se reportan a la Compañía, siniestros que debieron ser considerados para la determinación o pago del dividendo, el Contratante deberá devolver el monto del dividendo correspondiente al pago de ese siniestro. Este procedimiento se repetirá con todos los siniestros que se presenten en las condiciones antes mencionadas y hasta el monto del dividendo pagado al Contratante.

4.30 Territorialidad

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

4.31 Datos Personales

Las partes contratantes se obligan a cumplir con lo establecido en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-0593-2014 de Fecha de registro 04 de Diciembre de 2014".

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. y/o Cardif Servicios, S.A. de C.V., sociedades debidamente constituidas 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, Distrito Federal, 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 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, registro federal de contribuyentes, 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, 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; (7) otorgamiento de beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; y (8) 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 éste Aviso de Privacidad.

A partir del 6 de enero de 2012, usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición 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 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) hacemos 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 7343.

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 a cerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de éste Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible.

Cardif se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento éste 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.