



CONDICIONES GENERALES PARA EL SEGURO DE HOSPITALIZACION Y ACCIDENTES PERSONALES

CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., en adelante Cardif, emite la presente Póliza sobre la persona del Asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la Póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

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 estas condiciones generales en los términos estipulados en la descripción de cada cobertura.

Cardif. Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.

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. Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir los beneficios del seguro y que aparece con tal carácter en la carátula de Póliza.

Contratante. Es la persona física o moral, responsable de realizar el pago de la prima. Para efectos de este contrato se entiende que el Contratante es el mismo Asegurado, salvo que en la carátula se especifique lo contrario.

Deducible. Participación del Asegurado en el monto de la reclamación.

Endoso. Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Enfermedad. Alteración de la salud del Asegurado por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.

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.

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 que con anterioridad a la contratación de este seguro:

- a) Se haya declarado su existencia, o
- b) El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c) Que 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, el 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 se somete a comparecer ante este 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 existir será liquidado por la Compañía.

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

Periodo de Espera. Es el periodo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el evento, para que proceda el pago de la cobertura respectiva.

Póliza y/o Contrato. Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y Cardif 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 Cardif, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

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



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

2. COBERTURAS

La presente Póliza está integrada por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza correspondiente. La Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante el periodo de vigencia pactado. La responsabilidad máxima de Cardif para las coberturas contratadas será por la Suma Asegurada que se indique en la caratula de la póliza, de acuerdo a lo siguiente:

2.1. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Cardif pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un Hospital por un período mínimo de veinticuatro (24) horas, a causa de un Accidente o Enfermedad, durante la vigencia de esta cobertura que sufra durante la vigencia de la Póliza y limitándose a un período máximo de hasta el número de días especificados en la carátula de la póliza por Evento, limitándose solo a un (1) Evento.

Las hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de un mismo Accidente o Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores y se continuaran pagando por un periodo de 12 (doce) meses, contado a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización o hasta que se agote el periodo de días especificados en la carátula de la póliza, lo que ocurra primero.

El monto diario que Cardif pagara por la presente cobertura será la cantidad que se menciona en la caratula de la póliza.

Esta cobertura opera con un deducible mismo que se menciona en la carátula de la póliza, sobre el periodo de hospitalización.

EXCLUSIONES

- 1. 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.**
- 2. Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio**
- 3. Actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- 4. Consumo de alcohol o drogas diferentes a las recomendadas o supervisadas por un médico.**
- 5. Conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no).**



6. **Por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
7. **Por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
8. **Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña.**
9. **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.**
10. **Procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.**
11. **Cualquier hospitalización no prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.**
12. **Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.**

3. DISPOSICIONES GENERALES

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.

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. PERÍODO DE COBERTURA

La cobertura de este seguro para cada Asegurado iniciará en la hora y fecha señaladas en la carátula de la Póliza respectiva 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 automática, 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.

5. 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.

6. 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 ésta 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.

Si falleciere el Asegurado, Cardif liquidará cualquier adeudo procedente al o a los Beneficiarios designados por el Asegurado, que aparecen en la carátula de la Póliza.

7. AVISO DE SINIESTRO

Se deberá avisar por escrito a Cardif 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.

8. PRUEBAS

El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el Asegurado aporte las suficientes pruebas a Cardif que demuestren:

- a) La edad del Asegurado, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad.
- b) La ocurrencia del riesgo en cuestión, que deberá comprender, en su caso, el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.
- c) Adicionalmente, Cardif se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que ésta designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.

9. EDADES DE CONTRATACIÓN

Para efectos de contratación de este seguro, las personas elegibles deberán tener entre dieciocho (18) años y setenta y cinco (75) años. La edad máxima de renovación será de setenta y cinco (75) años.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, Cardif 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 Cardif, 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 Cardif, 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 Cardif 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 Cardif 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, Cardif estará obligada a rembolsar 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 muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, Cardif 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 161 de la Ley).

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a Cardif pruebas fehacientes de su edad, Cardif lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

10. PRIMAS

La Prima vencerá en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza. Una vez vencida la Prima, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima, en cuyo caso, la primera fracción de ésta deberá ser pagada dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado.

Los efectos de la Póliza cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido fuera del periodo de vigencia de la Póliza.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la Prima anual (única) o la fracción de esta (en el caso de parcialidades) completa, la Compañía tendrá derecho a reducir de la indemnización el importe faltante de la Prima.

La Prima convenida debe ser pagada mediante cualquier 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 directos 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, el presente seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia a que se refiere el párrafo primero 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 de la presente Póliza, las partes estarán sujetas a lo establecido en el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

11. PERÍODO DE GRACIA

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo.

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

12. 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 Cardif. 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 Cardif.

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

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 acrecerá 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 las coberturas de, Indemnización por Hospitalización por Accidente, el beneficiario será el



propio Asegurado.

13. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

Cardif 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 Cardif, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

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

14. MONEDA DEL CONTRATO

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

15. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación a Cardif 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 Cardif llegare a ser diferente al indicado en la Póliza, deberá comunicarlo al Asegurado para todas las comunicaciones y avisos que deban enviarse a Cardif y para cualquiera otro efecto legal.

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

16. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato 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 Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, de conformidad con lo señalado por el artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La prescripción de las acciones legales correspondientes se interrumpirán por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios y Servicios Financieros, en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, hasta que concluya dicho procedimiento, de conformidad con lo señalado en el artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

17. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA



La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, Cardif podrá proceder a renovar anualmente la misma en forma automática, 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 Cardif tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente.

El pago de la Prima será acreditado con el recibo correspondiente o el estado de cuenta o el comprobante que refleje su cargo a la cuenta bancaria del Contratante y/o del Asegurado, se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de las partes para llevar a cabo la renovación de la Póliza.

En cada renovación se aplicarán las condiciones generales y Primas vigentes al momento de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

18. 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 dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

19. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el Asegurado o, en su caso, por los beneficiarios, 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 Asegurado o a los beneficiarios o al tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 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.

20. 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, en cuanto la cuenta tenga los fondos o línea de crédito suficientes para hacer los cargos correspondientes.



En caso de ocurrir un siniestro dentro del periodo en descubierto Cardif no estará obligada a su pago.

21. 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 Cardif.

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.

22. COMISIONES O COMPENSACIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Cardif 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. Cardif 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.

23. COMUNICACIONES

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

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

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacerse al Asegurado o a sus respectivos causahabientes tendrán validez si se hacen en el último domicilio que la Compañía conozca.

24. USO DE MEDIOS ELECTRONICOS / CONTRATACIÓN, ACLARACIONES, CANCELACIONES Y NO RENOVACIONES

Las partes acuerdan en este acto que los avisos, aclaraciones, requerimientos y cualquier otro comunicado del Asegurado a la Compañía deberán efectuarse preferentemente por escrito en términos de lo establecido en el presente contrato, y entregarse en el domicilio de la Compañía, a no ser que la Compañía establezca alguna otra forma alternativa.

Asimismo, las partes acuerdan en este acto que, tratándose de la contratación, cancelación, no renovación de la Póliza y/o de aclaraciones, éstas podrán efectuarse a través de medios electrónicos. Entre los medios electrónicos, las partes expresamente reconocen el teléfono y el correo electrónico (en lo sucesivo, conjuntamente, los "Medios Electrónicos"), en el entendido de que su utilización atenderá a la naturaleza de la operación a realizar y al alcance de los mismos.

La utilización por parte del Asegurado de los Medios Electrónicos, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Asegurado llegaren a hacer uso de los Medios



Electrónicos, su utilización será responsabilidad exclusiva del Asegurado, para todos los efectos legales a que haya lugar, quienes reconocen y aceptan desde ahora como suyas todas las solicitudes o notificaciones hechas a la Compañía por dichos Medios Electrónicos.

El Asegurado autorizan a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El Asegurado aceptan que tales grabaciones serán propiedad exclusiva de la Compañía y que su contenido producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio. Asimismo, el Asegurado reconoce y aceptan en este acto que las solicitudes y notificaciones que llegaren a hacer a la Compañía, a través del correo electrónico, así como el contenido de dichos correos electrónicos producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

Queda entendido por las partes que únicamente el Asegurado podrá solicitar la cancelación o la no renovación de la Póliza. En caso de que la Compañía, el Asegurado desee cancelar o no renovar la Póliza, podrán hacerlo a través de los Medios Electrónicos, en el entendido de que su utilización atenderá a la naturaleza de la operación a realizar y al alcance de los mismos.

El Asegurado convienen que la Compañía no estará obligada a procesar sus solicitudes o aclaraciones o a tomar como válidas las notificaciones que le hicieren llegar a través de los Medios Electrónicos, cuando dichas solicitudes, aclaraciones o notificaciones y/o su contenido, sea insuficiente, inexacto, erróneo o incompleto. En todo caso, y tratándose de correo electrónico, el Asegurado estarán obligados a confirmar vía telefónica, dentro de las 24 (veinticuatro) horas hábiles siguientes a su envío, la recepción por parte de la Compañía de dicho correo electrónico.

Cuando por negligencia, culpa, dolo o mala fe del Asegurado se induzca al error a la Compañía, causando con ello un daño o perjuicio a la Compañía y/o al propio Asegurado, la Compañía quedará liberada de cualquier responsabilidad al ejecutar las instrucciones del Asegurado, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que pudieren proceder en contra del responsable.

La Compañía se reserva en este acto el derecho de verificar la identidad del Asegurado, de manera enunciativa más no limitativa, formulando preguntas al Asegurado, que le permitan a la Compañía confirmar los datos personales y/o financieros que le hubieren sido proporcionados al momento de la contratación de la Póliza.

El Asegurado reconocen y aceptan que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para estos, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad que pueden derivar en diversas modalidades de fraude en perjuicio del propio del Asegurado, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal, que el Asegurado se obliga a seguir en este acto, tales como las mencionadas a continuación de manera enunciativa más no limitativa:

- No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en riesgo la confidencialidad de la información;
- Instalar en su computadora personal, software antyspyware y antivirus, así como



- mantenerlos actualizados; y
- Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico. Queda entendido que la Compañía nunca solicitará al Contratante y/o al Asegurado le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.

25 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 de medios electrónicos;

En caso de que el Asegurado no recibieren los documentos a que se refiere el primer párrafo de ésta cláusula, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a haber contratado la Póliza, deberá comunicarse a los números telefónicos de atención a clientes que la Compañía le haya informado en el momento de la contratación del seguro, con la finalidad de obtener dicha documentación mediante el uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles.

Para cancelar la Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado, deberá comunicarse a los números telefónicos que la Compañía le(s) haya informado en el momento de la contratación del seguro.

26. COMISION O COMPENSACION DIRECTA.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Circular Unica emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas "Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud".

27.-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.**



“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 el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, bajo el registro número CNSF-S0104-0509-2011 de fecha 15 de Noviembre de 2011.”

ENDOSO DE BAJA Y EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA POR ACTIVIDADES ILÍCITAS

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la póliza de Seguro con número: **05.0102067262000001** nombre de **CREDITO FAMILIAR** cuya vigencia es del **18 de Agosto de 2014** al **N/A** teniendo prelación sobre las condiciones generales en todo cuanto sean opuestas.

Será causa de terminación anticipada del contrato de seguro sin responsabilidad para la Compañía, si el asegurado, contratante y/o beneficiario fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en: i) la lista emitida por la Oficina de Control de Activos en el Extranjero del Departamento del Tesoro del Gobierno de los Estados Unidos de América (Lista OFAC); ii) la lista de personas vinculadas con los delitos de operaciones de recursos de procedencia ilícita o con delitos relacionados, emitida por la Unidad de Inteligencia Financiera de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de los Estados Unidos Mexicanos (Lista UIF); o iii) en cualquier otra lista de naturaleza similar emitida por autoridades u organismos nacionales o internacionales, tales como la Organización de las Naciones Unidas o el Grupo de Acción Financiera Internacional sobre el blanqueo de capitales.

En caso de que el asegurado, contratante y/o beneficiario obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará la póliza, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de

nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

EXCLUSIÓN OFAC

Será una causa de exclusión en el presente contrato si el asegurado, contratante y/o beneficiario fuere condenado mediante sentencia por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien es mencionado en las Listas OFAC (Office Foreign Assets Control), UIF u otras listas de naturaleza similar emitidas por autoridades u organismos nacionales o internacionales.

Lugar y fecha



Firma del funcionario autorizado

La documentación contractual y la nota técnica de este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, bajo el registro número CGEN-S0104- 0154-2014 de fecha 24/09/2014.