



**BNP PARIBAS  
CARDIF**

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

# **SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES - HOMBRE**

**Condiciones Generales**

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

Paseo de las Palmas 425, piso 5, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. Tel: 01 800 801 0281,  
[www.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)



## CONTENIDO

<b>1.</b>	<b>DEFINICIONES</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>COBERTURAS</b>	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>INDEMNIZACION POR GRAVES ENFERMEDADES</b>	<b>6</b>
<b>2.1.1</b>	<b>INFARTO AL MIOCARDIO</b>	<b>6</b>
<b>2.1.2</b>	<b>ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR</b>	<b>7</b>
<b>2.1.3</b>	<b>INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL</b>	<b>7</b>
<b>2.1.4</b>	<b>CÁNCER</b>	<b>8</b>
<b>2.1.5</b>	<b>PERIODO DE CARENCIA</b>	<b>9</b>
<b>2.1.6</b>	<b>PERIODO DE ESPERA</b>	<b>9</b>
<b>2.1.7</b>	<b>EXCLUSIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR GRAVES ENFERMEDADES</b>	<b>9</b>
<b>2.1.8</b>	<b>DOCUMENTOS PARA LA COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD GRAVE</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>DISPOSICIONES GENERALES</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>PERÍODO DE LA COBERTURA</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES</b>	<b>11</b>
<b>3.4</b>	<b>FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA</b>	<b>11</b>
<b>3.5</b>	<b>AVISO DE SINIESTRO</b>	<b>11</b>
<b>3.6</b>	<b>EDADES DE CONTRATACION</b>	<b>12</b>
<b>3.7</b>	<b>PRIMAS</b>	<b>12</b>
<b>3.8</b>	<b>PERIODO DE GRACIA</b>	<b>13</b>
<b>3.9</b>	<b>COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO</b>	<b>13</b>
<b>3.10</b>	<b>MONEDA DEL CONTRATO</b>	<b>13</b>
<b>3.11</b>	<b>NOTIFICACIONES</b>	<b>13</b>
<b>3.12</b>	<b>PRESCRIPCIÓN</b>	<b>14</b>
<b>3.13</b>	<b>RENOVACION AUTOMATICA</b>	<b>14</b>
<b>3.14</b>	<b>COMPETENCIA</b>	<b>14</b>
<b>3.15</b>	<b>INDEMNIZACION POR MORA</b>	<b>15</b>
<b>3.16</b>	<b>REHABILITACIÓN</b>	<b>16</b>
<b>3.17</b>	<b>DUPLICADO DE PÓLIZA</b>	<b>16</b>
<b>3.18</b>	<b>COMISIONES O COMPENSACIONES</b>	<b>16</b>
<b>3.19</b>	<b>ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL</b>	<b>17</b>
<b>3.20</b>	<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>17</b>

## CONTRATO DE SEGURO

### CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES - HOMBRE

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 este Contrato de Seguro, pudiendo ser en plural o singular, y siendo exclusivamente masculino:

<b>Accidente</b>	Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o su muerte. <b>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.</b>
<b>Asegurado</b>	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.
<b>Beneficiario</b>	Es la persona física y/o moral indicada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.
<b>Compañía</b>	Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.
<b>Contratante</b>	Es la persona física o moral, responsable de realizar el pago de la prima.
<b>Cuerpo Médico Colegiado</b>	Órgano constituido por los profesionales médicos colegiados que laboran en forma permanente en alguna Institución de Seguridad Social o Privada. Se consideran médicos de labor permanente a los siguientes: - A los que mantienen una relación de dependencia salarial con la Institución. -A los que desempeñan su actividad profesional en la Institución en forma continua y regular.
<b>Endoso</b>	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.



<b>Enfermedad</b>	Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia del Contrato del Seguro respectivo, que se origine independientemente de hechos accidentales.
<b>Evento</b>	La ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro, durante su vigencia. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.
<b>Exclusiones</b>	Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas.
<b>Fecha de Inicio de Vigencia</b>	La fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.
<b>Padecimientos Preexistentes</b>	<p>Significa aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Se haya declarado su existencia; o</li><li>○ Se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o</li><li>○ 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.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado 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 reclamación correspondiente.</li><li>• 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</li></ul>



	<p>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.</p>
<b>Periodo de Carencia</b>	<p>Es el periodo que deberá transcurrir a partir del inicio de vigencia de la Póliza, para que el Asegurado se encuentre cubierto y será establecido en la carátula de la póliza. Este periodo sólo será aplicable para la primera vigencia de seguro contratada, excepto que el seguro se hubiere cancelado y se vuelva a contratar después de un año, en cuyo caso deberá transcurrir nuevamente.</p>
<b>Periodo de Espera</b>	<p>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.</p>
<b>Póliza y/o Contrato</b>	<p>Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.</p>
<b>Prima</b>	<p>La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza) a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del periodo de vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.</p>
<b>Reporte Patológico</b>	<p>Significa los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, basadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos del sitio en donde se sospecha pueda existir lesión o una manifestación de Cáncer, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático; dichos documentos deberán estar fechados y firmados por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer la oncología, osteopatía, anatomopatología, hematooncología o patología. Queda entendido que el médico que feche y firme el Reporte Patológico, no podrá ser familiar del Asegurado o vivir en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Reporte Patológico.</p>
<b>Suma Asegurada</b>	<p>La cantidad máxima indicada en la carátula de la póliza, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.</p>

## 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 la Compañía para las coberturas contratadas será la Suma Asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo a lo siguiente:

**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.**

### 2.1 INDEMNIZACION POR GRAVES ENFERMEDADES

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

#### 2.1.1 INFARTO AL MIOCARDIO

##### a) 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.

##### b) Definición

Es la muerte de una porción del músculo cardíaco, 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.

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

**La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no se consideran, para efectos de esta cobertura infarto al miocardio y, por lo tanto, no están cubiertas.**

##### c) 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 imágenes cardiacas 30 días después del procedimiento coronario.

### **2.1.2 ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR**

#### **a) 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.

#### **b) Definición**

La embolia cerebral es definida como un incidente cerebrovascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición.

#### **c) Demostración**

Esta ocurrencia debe resultar en un padecimiento neurológico funcional con signos neurológicos anormales objetivos en el examen físico realizado por un neurólogo, permaneciendo por lo menos tres meses después del evento. El diagnóstico también deberá estar confirmado por los hallazgos en IRM, TC o reconocimiento del líquido cefalorraquídeo y deberá concordar con el diagnóstico de un nuevo evento de embolia cerebral.

#### **Los siguientes padecimientos se encuentran excluidos:**

- a) Ataques Isquémicos Transitorios (AIT).**
- b) Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.**
- c) Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.**
- d) Trastornos isquémicos del sistema vestibular.**
- e) Embolia cerebral silenciosa asintomática encontrada en estudios de imágenes.**

### **2.1.3 INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL**

#### **a) 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.

#### **b) Definición**

La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones.

La continua diálisis renal deberá ser institucionalizada y considerada médicamente necesaria por un nefrólogo certificado.

**La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal unilateral no son cubiertas.**

## 2.1.4 CÁNCER

### a) Cobertura

La Compañía pagará al Asegurado, en una sola exhibición, la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la póliza respectiva y por una sola vez, si el Asegurado es Diagnosticado de Cáncer durante la vigencia de la póliza dentro de los límites y condiciones que se especifican más adelante (demostración y periodo de espera). Si el asegurado fallece dentro de los primeros 3 meses posteriores al diagnóstico de cáncer, sin que este 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.

La presente cobertura única y exclusivamente ampara el Diagnóstico de Cáncer que se haya dictaminado al Asegurado por primera vez, es decir, la primera manifestación u ocurrencia del Cáncer.

La presente cobertura se cancelará o dejará de surtir sus efectos al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- Al finalizar la vigencia del contrato, especificada en la Carátula de la Póliza respectiva;
- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado por Diagnóstico de Cáncer, según lo especificado por esta cobertura.

### b) 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.

### c) 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, endoscopia, 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:

- a) **Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.**
- b) **Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ.**
- c) **Policitemia Vera.**
- d) **Trombocitemia Esencial.**
- e) **Todos los cánceres cutáneos, no melanoma.**
- f) **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 Sexta Edición Clasificación TMN.**
- g) **Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**





- h) 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.**
- i) El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la Sexta Edición de AJCC Clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis.**
- j) 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.**
- k) Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) con clasificación menor de la Etapa 3 en la prueba de RAI.**
- l) Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del periodo de espera de clasificación.**

#### **2.1.5 PERIODO DE CARENCIA**

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza.

#### **2.1.6 PERIODO DE ESPERA**

Para esta cobertura aplicará un Periodo de Espera de acuerdo a lo especificado en la carátula y de la Póliza correspondiente.

#### **2.1.7 EXCLUSIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR GRAVES ENFERMEDADES**

**La presente cobertura no ampara:**

- a) Padecimientos preexistentes por enfermedades ocurridas antes de la fecha de inicio del seguro.**
- b) Enfermedades que son consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- c) 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.**
- d) 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.

- e) Enfermedades que son consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.
- f) Enfermedades ocasionadas por participar el Asegurado en actividades de alto riesgo tales como el manejo de explosivos y de armas de fuego.
- g) Enfermedades ocurridas como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña.
- h) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.

#### **2.1.8 DOCUMENTOS PARA LA COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD GRAVE**

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. 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;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. 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 o vivir en el mismo domicilio que el Asegurado.
6. 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 sobre el Contrato de Seguro.

### **3. DISPOSICIONES GENERALES**

### **3.1 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.

### **3.2 PERÍODO DE LA COBERTURA**

La vigencia de las coberturas contratadas inicia y termina en las fechas señaladas en la carátula de la Póliza 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.

### **3.3 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.

### **3.4 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.

Si falleciere el Asegurado, la Compañía pagara la Suma Asegurada a su Cónyuge, y a falta de éste se pagara, en partes iguales, a los hijos del Asegurado que tengan la mayoría de edad y a falta del Cónyuge y de hijos mayores de edad, la Suma Asegurada se pagara a la sucesión del Asegurado.

### **3.5 AVISO DE SINIESTRO**

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

### 3.6 EDADES DE CONTRATACION

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.

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 pagare 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 sobre el Contrato del Seguro).

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.

### 3.7 PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. El resto de las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período y tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma pactados.

La prima podrá pactarse mediante un pago anual o mediante pagos fraccionados de igual duración (mensual, trimestral, semestral, semanal, etc.). Al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, que se encuentre vigente al momento de la emisión de la Póliza.

El pago de las primas se efectuará mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, para lo cual el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el Período de Gracia.

### **3.8 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, 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.

### **3.9 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.

### **3.10 MONEDA DEL CONTRATO**

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.

### **3.11 NOTIFICACIONES**

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

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

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

### **3.12 PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, lo anterior en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

La prescripción de las acciones legales correspondientes se interrumpirá no sólo 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 el Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el artículo 84 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

### **3.13 RENOVACION AUTOMATICA**

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. La prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente 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.

### **3.14 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 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, 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.



### **3.15 INDEMNIZACION 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 le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario 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.

*“Artículo 276.- 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.”*

### **3.16 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 la Compañía no estará obligada a su pago.

### **3.17 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.

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

### **3.19 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:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. 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;
3. 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 y 3, 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 **50014400** 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.

### **3.20 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-S0104-0530-2014 de fecha 12 de Noviembre 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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley").

Le damos a conocer, de manera enunciativa, más no limitativa, algunos de los datos personales que podemos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna, con la finalidad de llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio, así como cualquier actividad derivada de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif: (1) **datos de identificación**, tales como nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, 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](http://www.bnpparibascardif.com.mx)

Para **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición**, así como para **limitar el uso y divulgación de sus datos personales**, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado; y/o (2) hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico a la siguiente dirección **sac\_mx@cardif.com.mx** y/o (3) contactarnos vía telefónica al número **01 800 522 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 este Aviso de Privacidad**, por lo que recomendamos monitorearlo regularmente. En caso de que existiere algún cambio, lo haremos extensivo para usted por medio de: (1) una publicación visible en nuestro portal de internet; y/o (2) un aviso en un periódico de circulación nacional; y/o (3) por cualquier otro medio que a discreción de Cardif se considere como idóneo.

## ENDOSO DE BAJA Y EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA POR ACTIVIDADES ILÍCITAS

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la póliza de Seguro con número: **05.0102067267000001** a nombre de **CREDITO FAMILIAR** cuya vigencia es del **01 de Octubre 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.***