



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE PROTECCION INTEGRAL PARA VENTA POR TELEMARKETING Y VENTA MASIVA

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.

- **Accidente.** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona.
- **Asegurado.** Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza con tal carácter, y que es cubierto por los riesgos contratados y amparados en 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.
- **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.
- **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, Cardif, 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, Cardif quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Cardif podrá aceptar el riesgo declarado.



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 Cardif, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Cardif 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 Cardif.

- **Período de Gracia.** Es el plazo otorgado por Cardif 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.
- **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 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.

2.1.4. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

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 y permanezca de forma continúa durante un periodo de seis (6) meses, 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 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.

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

A fin de determinar el estado de Incapacidad Total y Permanente, el Deudor Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado "Documentos para comprobar la Incapacidad Total y Permanente", el dictamen de Incapacidad Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total y Permanente, mismos que serán evaluados por un médico de la Institución, que determinará la procedencia de un dictamen y deberá ser un especialista en la materia, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Incapacidad Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Deudor Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Incapacidad Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

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

DOCUMENTOS PARA COMPROBAR LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. 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, en caso de que el Asegurado sea derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el documento que acredite la Incapacidad Total y Permanente emitido por dichas Instituciones.
3. Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude a comprobar la Invalidez Total y Permanente.
4. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.



Cardif no pagará indemnización alguna al Asegurado respecto de cualquier Incapacidad Total y Permanente que resulte de:

1. **Padecimientos preexistentes.**
2. **Intento de suicidio del Asegurado.**
3. **Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aún 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.**
4. **Actos del Asegurado ocurridos al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
5. **Embarazo, aborto y/o legrados uterinos punibles, del Asegurado.**
6. **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.**
7. **Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
8. **El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
9. **La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña o actos relacionados con los anteriores.**
10. **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.**
11. **Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o cirugías elegidas voluntariamente por el Asegurado.**
12. **Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.**

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 30 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. (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.



4. PERÍODO DE 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 que se señala en la Cláusula 17.
- 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

Cardif 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, 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 esta Póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos estipulados en la caratula de la Póliza, en la fecha de contratación de la Póliza y las subsecuentes renovaciones.

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 pagare 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 posteriores 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 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 (mensual, trimestral o semestral). Al respecto, la Cardif cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, que se encuentre vigente al momento de la emisión de la Póliza y que se pacte entre las partes.

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.

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 cobertura de Invalidez Total y Permanente 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

Los pagos que el Contratante y/o Asegurado y Cardif 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.

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 de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen con excepción de las coberturas de Fallecimiento y Muerte accidental las cuales tendrán un plazo de prescripción de 5 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, lo anterior 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 suspenderán por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Cardif, 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 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 el límite de las edades de renovación que se estipularan en la caratula de la póliza, 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.

18. COMPETENCIA

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

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

19. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que Cardif, 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 de 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.

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.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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.

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-S0104-0803-2010 de fecha 10 de noviembre de 2010.



**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS
FUNERARIOS INDIVIDUAL**

CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., en adelante la compañía, 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.

- **Accidente.** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona.
- **Asegurado.** Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza con tal carácter y que es cubierto por los riesgos contratados y amparados en estas condiciones generales en los términos estipulados en la descripción de cada cobertura.
- **Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado o Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **Beneficiario.** 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.
- **COMPañÍA.** Significa **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.
- **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.** Es la participación económica a cargo del Asegurado en caso de la realización del Evento.
- **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.** Significa aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del 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 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.

- 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.** 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 la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Prima.** Es el valor determinado por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder la reclamación.
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

2. 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 por 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, militar, operador de maquinaria pesada, trabajadores de plantas nucleares, estar expuesto a explosivos, armas de fuego, material biológico de alto riesgo o sustancias químicas peligrosas, material radioactivo, riesgo de alturas, transportación en motocicleta o actividades del aire o bajo el agua, deportistas profesionales y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas que vuelen, vehículos de motor o la participación de algún animal.

2.1 GASTOS FUNERARIOS

2.1.1 Definición

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza en caso de que durante la Vigencia del Contrato de seguro, el ASEGURADO fallezca, para solventar los gastos erogados por ese motivo.



Esta cobertura no excederá en ningún caso de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza correspondiente.

Con el pago de la indemnización por Gastos Funerarios, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

2.1.2 Exclusiones.

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

- 1. Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia de la Póliza, 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 deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
3. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya ocurrido de forma violenta;
5. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado;
8. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
9. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
10. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);
11. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única de registro de Población del(los) Beneficiario(s)
12. Original de la Póliza de seguros si la 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, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. 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 sobre el Contrato de Seguro.

2.2 MUERTE ACCIDENTAL

2.2.1 Definición

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza en caso de que durante la Vigencia del Contrato de seguro, el ASEGURADO fallezca como consecuencia de lesiones, originadas directa e inmediatamente por un Accidente ocurrido durante la Vigencia de este seguro.



Se entenderá como fallecimiento inmediato, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

Esta cobertura no excederá en ningún caso de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza correspondiente.

Con el pago de la indemnización por Muerte Accidental, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

2.2.2 Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura, no procederá si la muerte del Asegurado es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- 1. 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;**
- 2. Por la participación del Asegurado en o derivado de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
- 3. Por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- 4. Por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- 5. 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.**
- 6. 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.**
- 7. Al encontrarse en vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares.**
- 8. Como consecuencia de un Accidente de tránsito del que las autoridades no hayan tenido conocimiento.**

2.2.3 Comprobación de la Muerte Accidental

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
3. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya ocurrido de forma violenta;
5. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado;
8. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única de



9. Registro de Población del Asegurado;
10. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
11. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);
12. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única de registro de Población del(los) Beneficiario(s)
13. Original de la Póliza de seguros si la 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, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. 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 sobre el Contrato de Seguro.

2.3 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

2.3.1 Definición

La COMPAÑÍA pagará una indemnización diaria por hospitalización al ASEGURADO una vez que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la Póliza, si éste es internado en un Hospital, a causa de un Accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza, que sufra durante la vigencia de la Póliza y limitándose a un período máximo de días por evento que se especificara en la carátula de la Póliza.

El período máximo de cobertura corresponderá al número de días especificado en la carátula de la Póliza, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización. No obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de un mismo Accidente o Enfermedad cubiertos, serán consideradas como continuación de las anteriores y se continuaran pagando por un periodo de doce (12) meses, contado a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización o hasta que se agote el período máximo de días por evento, lo que ocurra primero.

2.3.2 Periodo de carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de carencia el cual se indica en la carátula de la Póliza y será contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Este período de carencia no aplicará si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente.

2.3.3 Periodo de espera

La indemnización diaria por Hospitalización por Accidente o por Accidente o Enfermedad del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la Póliza a partir de que tenga lugar el Evento, este periodo aplica sólo cuando se trate de enfermedad.

2.3.4 Deducible

Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la Póliza.

2.3.4 EXCLUSIONES

- 1. Padecimientos Preexistentes.**
- 2. Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio**
- 3. Hospitalización derivada de actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**



4. Hospitalización derivada de culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
5. Hospitalización derivada de conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no)
6. Hospitalización derivada de contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.
7. Hospitalización derivada de cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.
8. Hospitalización 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. Hospitalización derivada de 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. Hospitalización derivada de procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.
11. Hospitalización derivada de Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.

2.3.5 Documentos para la comprobación la Hospitalización

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 del Asegurado 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 su ingreso y egreso al hospital.
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 la hospitalización, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

3. DISPOSICIONES GENERALES

3.1 RECTIFICACIONES Y MODIFICACIONES

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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. (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.



3.2 PERÍODO DE COBERTURA

La vigencia de las coberturas contratadas inicia y termina en las fechas señaladas en la carátula de la Póliza. 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 la Cláusula de Edades de Contratación.
- c) Por falta de pago de la prima correspondiente a la Póliza, habiendo transcurrido el Periodo de Gracia.

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 pagará la Suma Asegurada procedente a los Beneficiarios designados por el Asegurado, que aparecen en la carátula de la Póliza.

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 PRUEBAS

El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el Asegurado aporte las suficientes pruebas a la Compañía 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, la Compañía 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.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la realización 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 sobre el Contrato de Seguro.

3.7 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.

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 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, 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 de 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 el siniestro por muerte del Asegurado.

3.8 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 (mensual, trimestral o semestral, 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 y que se pacte entre las partes.

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.

3.9 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, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

3.10 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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



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

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 la cobertura de Indemnización por Hospitalización por Accidente o por Enfermedad, el beneficiario será el propio Asegurado.

3.11 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el Asegurado y/o Beneficiario deben proporcionar a la Compañía, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad, 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.

3.12 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.

3.13 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.



3.14 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen con excepción de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad, la cual tendrán un plazo de prescripción de 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 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.

3.15 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Una vez transcurrido el periodo de vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovar el Contrato de Seguro en forma automática mediante endosos, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente.

3.16 COMPETENCIA

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

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.

3.17 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 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 de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o 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.

“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.”



3.18 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.

3.19 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.

3.20 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.

3.21 OMISIONES, FALSAS E INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y el Asegurado al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión, falsa o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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-S0104-0263-2012 de fecha 24 de agosto de 2012.”