



**BNP PARIBAS
CARDIF**

SEGURO DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA PROPIA (DIVIDENDOS) CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0234-2017/CONDUSEF-002760-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF)



CONTENIDO

SEGURO DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA PROPIA (DIVIDENDOS)	1
1. DEFINICIONES.....	4
2. COBERTURA BÁSICA	7
2.1 FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	7
2.1.1 Descripción de la cobertura.....	7
2.1.2 Exclusiones.....	8
2.1.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento del Asegurado.....	8
3. COBERTURAS ADICIONALES.....	9
3.1 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO.....	9
3.1.1 Descripción de la cobertura.....	10
3.1.2 Periodo de Espera	10
3.1.3 Exclusiones.....	10
3.1.4 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.....	11
3.1.5 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente.....	11
3.2 DESEMPLEO INVOLUNTARIO EMPLEADOS FORMALES	12
3.2.1 Descripción de la cobertura.....	12
3.2.2 Restricciones	12
3.2.3 Periodo de Carencia.....	12
3.2.4 Periodo de Espera	13
3.2.5 Exclusiones.....	13
3.2.6 Comprobación del Desempleo Involuntario Empleados Formales	13
3.3 DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	14
3.3.1 Descripción de la cobertura.....	14
3.3.2 Restricciones	14
3.3.3 Periodo de Carencia.....	14
3.3.4 Periodo de Espera	14



3.3.5	Exclusiones.....	15
3.3.6	Comprobación del estado de Incapacidad Total Temporal.....	15
3.4	DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DEL ASEGURADO	16
3.4.1	Descripción de la cobertura.....	16
3.4.2	Demostración.....	16
3.4.3	Periodo de Carencia.....	16
3.4.4	Exclusiones.....	17
3.4.5	Documentos para comprobar el Diagnóstico de Cáncer.....	18
3.5	ENFERMEDADES GRAVES	18
3.5.1	Descripción de la cobertura.....	18
3.5.2	Documentos para la comprobación de la Enfermedad Grave.....	19
3.5.3	Periodo de Carencia.....	19
4.	CLAUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	20



SEGURO DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA PROPIA (DIVIDENDOS)

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. en adelante denominada la Compañía, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada prevista en este Contrato de Seguro, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la ocurrencia del evento y se cumpla con lo establecido en este contrato.

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular.

Accidente: 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 la muerte del Asegurado.

Asegurado. Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza y/o certificado individual, que ha otorgado su consentimiento respecto a las coberturas de este contrato, siempre que dichas coberturas se especifiquen en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza y/o certificado individual.

Beneficiario. 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.

Cáncer: El Cáncer manifestado en el recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular). Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico 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.

Certificado Individual: Es el documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado y que, cuando menos, contiene la siguiente información: operación de seguro, nombre, teléfono, domicilio y página web de la Compañía, número de la Póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del contrato de seguro, vigencia del Certificado Individual, Fecha de Alta del Certificado Individual, nombre del Asegurado, fecha de nacimiento del Asegurado, edad del Asegurado, coberturas contratadas y Suma asegurada o Regla para determinarla, entre otros.

Compañía: Significa **Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.**

Consentimiento: El documento mediante el cual hace constar su voluntad respecto de las coberturas contempladas en el Contrato de Seguro.

Contratante: 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.

Cuerpo Médico Colegiado: 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.

Desempleo Involuntario: Es la terminación de la relación de trabajo del Asegurado durante la vigencia de la Póliza y/o certificado individual, por alguna de las causales establecidas en el artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo o por despido injustificado.

Endoso. Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Enfermedad. Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza y/o certificado individual, que se origine independientemente de hechos accidentales.

Enfermedad No Grave. Aquellas Enfermedades o padecimientos del Asegurado que (i) no sean consideradas como emergencias médicas; y (ii) no pongan en peligro la vida, la integridad física o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.

Evento. La ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

Fecha de Alta del Certificado Individual. Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

Fecha de Inicio de Vigencia. La fecha indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.

Fecha de Término de Vigencia. Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza y/o certificado individual, estipulada en la carátula de la Póliza.

Grupo Asegurado. Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.

Hospital. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios y médicos.

Institución de Seguridad Social. (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.

Incapacidad Total Temporal: Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por Incapacidad Total Temporal, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia de la Póliza y/o certificado individual, que imposibilita al Asegurado temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso permanentemente en su domicilio, por prescripción de un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación

Pública, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

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

Padecimientos Preexistentes. Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o certificado individual:

- 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.

Única y exclusivamente respecto de las coberturas: **Invalidez Total y Permanente e Incapacidad Total Temporal** deberá entenderse:

- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o certificado individual, el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico y/o médico especialista que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que el padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**; y/o
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o certificado individual, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**;

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 resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la 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 un médico especialista certificado que elija dentro de los previamente designados por la Compañía para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el médico especialista certificado designado por el Asegurado y la Compañía, quienes deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes 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. El lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Contratante y/o el Asegurado, según sea el caso, paga(n) las Primas correspondientes, pero no reciben los beneficios respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro.



Es decir, si llegare a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Período de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente. En caso de ser aplicable, el Período de Carencia será el establecido en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Periodo de Espera. El lapso de tiempo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el evento. El Período de Espera aplicable, será el establecido en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

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

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

Prima. La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza y/o certificado individual) a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del período de vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Reglamento. Se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Suma Asegurada. La cantidad máxima indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, en cada cobertura, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.

Urgencia Médica. Es todo problema médico-quirúrgico agudo, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Vigencia. Es la duración de la Póliza y/o certificado individual, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. COBERTURA BÁSICA

2.1 FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

2.1.1 Descripción de la cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de la Póliza y/o certificado individual, la Compañía pagará, de acuerdo a lo contratado y especificado en la carátula de la Póliza y/o certificado individual al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado la Suma Asegurada.

Esta cobertura no excederá en ningún caso de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro.

2.1.2 Exclusiones

Previo pacto entre la Compañía y el Contratante, la Cobertura Básica por Fallecimiento del Asegurado, aplicará con cualquiera de las siguientes opciones, lo cual se hará constar en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual:

Opción	Exclusión(es):
Sin exclusiones	Para esta cobertura no hay exclusiones.
Suicidio 12 meses	Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia de la Póliza, contados a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la misma, sin importar el estado mental del Asegurado.
Suicidio 24 meses	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, contados a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la misma, sin importar el estado mental del Asegurado.

2.1.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento del Asegurado

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;
3. Copia del certificado de defunción;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte haya ocurrido de forma violenta;
5. Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). 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 de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población;
9. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
10. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);
11. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del(los) Beneficiario(s);
12. Original o copia de la Póliza y/o certificado individual 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 información adicional 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.

3. COBERTURAS ADICIONALES

3.1 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

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

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

Pérdida de una mano: Su separación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana (a nivel de la muñeca) o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana (del tobillo) o arriba de ella.

Pérdida de la vista: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista en ambos ojos.



3.1.1 Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía le pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura no excederá en ningún caso de la Suma Asegurada máxima establecida en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente, o de un accidente o enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, se deberá tomar en cuenta, de acuerdo con la normatividad, que **si el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.**

3.1.2 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual con posterioridad a la ocurrencia del Evento que le dio origen y una vez determinada dicha Invalidez Total y Permanente.

3.1.3 Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura, no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de lo siguiente:

- a) Padecimientos Preexistentes en los términos definidos;**
- b) Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o certificado individual, siempre que la Invalidez Total y Permanente se presente dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia de la misma y derive de dicho accidente o enfermedad, contados a partir de la Fecha de inicio de vigencia;**
- c) Intento de suicidio;**
- d) Lesiones auto-inflingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado;**
- e) 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;**
- f) Participación directa del Asegurado en 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;

- g) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;**
- h) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo, nuclear o componente nuclear;**
- i) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el Asegurado sea el provocador;**
- j) La participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;**
- k) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por el Asegurado; y**
- l) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.**

3.1.4 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o Privada o por un cuerpo médico colegiado, en caso de no contar con el beneficio de ninguna institución de Salud, dicho dictamen puede ser emitido por un médico con cédula de especialidad en el campo requerido, que cuente con la facultad de declarar la Invalidez Total y Permanente, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, dichos documentos serán evaluados por un médico especialista, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro.

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

3.1.5 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado deberá 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 dictamen de Invalidez Total y Permanente, emitido por institución de seguridad social o privada o por un cuerpo médico colegiado o por un médico con cédula de especialidad en el campo requerido, acompañado de los elementos probatorios que fuesen



necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición y en la descripción de la cobertura de Invalidez Total y Permanente;

3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). 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;
5. Original o copia de la Póliza y/o certificado individual 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 para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

3.2 DESEMPLEO INVOLUNTARIO EMPLEADOS FORMALES

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

3.2.1 Descripción de la cobertura

El beneficio de Desempleo Involuntario aplica únicamente para empleados bajo contrato laboral por tiempo indeterminado, prestando a otra persona física o moral un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, por lo que las coberturas de Desempleo Involuntario y la de Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

Si el Asegurado durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, llega a ser despedido de su empleo sin responsabilidad de su parte (desempleo involuntario), la Compañía pagará:

- un pago mensual fijo hasta por el número máximo de meses indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, siempre y cuando el Asegurado permanezca desempleado.

El pago cesará una vez que el Asegurado se vuelva a emplear, independientemente de que se haya consumido o no el número máximo de pagos cubiertos.

3.2.2 Restricciones

Para tener derecho a la indemnización por esta cobertura, el Asegurado deberá acreditar haber laborado el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, anterior a la fecha de ocurrencia del Evento.

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado de acuerdo al número de Eventos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado individual durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual. Adicionalmente y para tener derecho al pago de la indemnización por eventos posteriores, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual entre el pago de la indemnización por un Evento y la ocurrencia de otro.

3.2.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Período de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y será, contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual.



3.2.4 Período de Espera

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

3.2.5 Exclusiones

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

- a) Desempleo Involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Período de Carencia;**
- b) Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado;**
- c) Renuncia voluntaria del Asegurado;**
- d) Rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a que se refiere el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**

3.2.6 Comprobación del Desempleo Involuntario Empleados Formales

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio;
4. Copia u Original de la Póliza y/o certificado individual si la tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
5. A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos 6 (seis) meses de antigüedad a la fecha de reclamación de la indemnización por esta cobertura, alguno de los siguientes documentos: (i) copia de contrato laboral por tiempo indeterminado; (ii) copia de los últimos 3 recibos de nómina -según hayan sido quincenales o mensuales-, con numeración consecutiva; (iii) original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral;
6. Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original o copia de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de liquidación; (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización por despido injustificado, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (iii) original de carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (iv) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente;
7. Una vez comprobado el estado de desempleo involuntario del Asegurado, para el pago de los siguientes Pagos, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar desempleado, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en Instituto de Seguridad Social alguno.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el Desempleo Involuntario del Asegurado, con el objeto de determinar si es

procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

3.3 DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

3.3.1 Descripción de la cobertura

El beneficio de Incapacidad Total Temporal aplica únicamente para profesionistas independientes o personas con actividad independiente, que por su giro o actividad, no son susceptibles del beneficio de la cobertura por Desempleo Involuntario, y que no estén empleados bajo contrato laboral de acuerdo a lo establecido en el Artículo 20 de la Ley Federal del Trabajo, por lo que las coberturas de Desempleo Involuntario y la de Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

Cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual el Asegurado se Incapacite de manera Total y Temporal la Compañía pagará:

Un pago mensual fijo hasta por el número máximo de meses indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual siempre y cuando el Asegurado permanezca el estado de incapacidad total temporal. El pago cesará una vez que el Asegurado se recupere, independientemente de que se haya consumido o no el número máximo de pagos cubiertos.

En caso de que el estado de incapacidad total temporal se vuelva permanente, la Compañía procederá de acuerdo con lo establecido en la cobertura de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando ésta haya sido contratada.

3.3.2 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado de acuerdo al número de Eventos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado individual durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual. Adicionalmente y para tener derecho al pago de la indemnización por eventos posteriores, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en la carátula de la póliza entre el pago de la indemnización por un Evento y la ocurrencia de otro.

3.3.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Período de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y será, contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o certificado individual. Este período de carencia no aplicará si la incapacidad ocurre a consecuencia de un Accidente o urgencia médica.

3.3.4 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Desempleo Involuntario del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual a partir de que se determine la Incapacidad Total Temporal, tal como se encuentra definido. Este período aplica sólo cuando la incapacidad se derive de una enfermedad que no sea calificada como una urgencia médica.



3.3.5 Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura no procederá si la Incapacidad Total Temporal es consecuencia de lo siguiente:

- a) Padecimientos Preexistentes en los términos definidos;**
- b) Intento de suicidio;**
- c) Lesiones auto-inflingidas por el Asegurado aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado;**
- d) 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;**
- e) Participación directa del Asegurado en 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;**
- f) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;**
- g) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear;**
- h) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el Asegurado sea el provocador;**
- i) La participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal; y**
- j) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado, o elegidas voluntariamente por éste.**

3.3.6 Comprobación del estado de Incapacidad Total Temporal

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio ;



4. Original de la póliza y/o Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
5. Original de informe médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal (en el entendido de que el médico que emite el informe médico no podrá ser familiar del Asegurado);
6. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal;
7. Una vez comprobado el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, para el pago de las siguientes amortizaciones mensuales, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar en estado de Incapacidad Total Temporal, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, así como los documentos que acrediten fehaciente e indubitadamente su estado de Incapacidad Total Temporal.

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

3.4 DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DEL ASEGURADO

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

3.4.1 Descripción de la cobertura

Cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez en su vida de Cáncer durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, en los términos definidos, la Compañía pagará al beneficiario especificado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual la Suma Asegurada contratada.

La presente cobertura ampara los siguientes tipos de cáncer que se encuentren amparados en la carátula de la póliza y/o certificado individual, pudiendo ser en femenino o masculino, en plural o singular y si se trata de verbo en cualquier conjugación:

- Cáncer de Mama
- Cáncer de Ovario
- Cáncer de Útero
- Cáncer de Próstata
- Cáncer de Pulmón
- Cáncer de Estomago

3.4.2 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.

3.4.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Período de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y será, contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado individual.



3.4.4 Exclusiones

La presente cobertura no ampara:

- a) Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista con que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública;**
- b) Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- c) Cáncer que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Diagnóstico de Cáncer;**
- d) Infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor), si al momento de una crisis, el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;**
- e) Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- f) Cáncer a 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;**
- g) Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**
- h) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.**
- i) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**

Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- a) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical (Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)), NIC-1: displasia leve; NIC-2: displasia moderada y NIC-3: displasia severa-carcinoma in situ; y**
- b) Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

3.4.5 Documentos para comprobar el Diagnóstico de Cáncer

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado 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 si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). 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 ;
5. Documentos que acrediten el Diagnóstico de Cáncer en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán un Reporte Patológico, así como todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para diagnosticar el Cáncer;
6. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución;
7. Copia u Original de la póliza y/o Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

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

3.5 ENFERMEDADES GRAVES

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

3.5.1 Descripción de la cobertura

Cuando el Asegurado, durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, sufra alguna de las Enfermedades Graves descritas más adelante y únicamente las que aparezcan como amparadas dentro de esta cobertura en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado o al beneficiario especificado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual la Suma Asegurada Contratada, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

INFARTO AL MIOCARDIO

a) Definición

Es la muerte de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de coronariopatía.

b) Demostración

El diagnóstico deberá cumplir con los siguientes tres criterios y ser diagnóstico de un nuevo infarto agudo al 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.

c) Exclusiones

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. 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 cardíaca mostrados en los imágenes cardíacos 30 días después del procedimiento coronario.

3.5.2 Documentos para la comprobación de la Enfermedad Grave

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado 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 si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). 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 ;
5. Original o copia de la Póliza y/o Certificado Individual, si la tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro; y
6. 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.
7. 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.

3.5.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y será, contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual.



4. CLAUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

4.1 Vigencia del Contrato.

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la Fecha de Inicio de Vigencia y la Fecha de Término de Vigencia, estipuladas en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato.

4.2 Terminación y/o Cancelación del Contrato.

Este Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula Periodo de Gracia del presente apartado, si no se ha recibido el pago de la(s) Prima(s) correspondiente(s).
- b. Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior. En este caso, la Compañía tendrá derecho a la prima que corresponda al periodo durante el cual estuvo en vigor el Contrato de Seguro, devolviendo, en su caso, la prima de tarifa no devengada a la fecha de terminación del contrato, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la prima de tarifa correspondiente, a los diez días hábiles posteriores a haber recibido la solicitud de cancelación, por escrito, del asegurado, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo .
- c. Cuando a petición del Contratante, la Póliza no sea renovada.
- d. Respecto a cada Asegurado, en la fecha en la que, en caso de ser procedente, se pague la Suma Asegurada relacionada con la cobertura básica por Fallecimiento o la Cobertura Adicional por Muerte Accidental.

4.3 Rehabilitación.

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

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

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

4.4 Modificaciones y Notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante Endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario



autorizado de la Compañía. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

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

4.5 Rectificación de la Póliza.

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 (treinta) días naturales siguientes 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. Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

4.6 Disputabilidad

Respecto a la cobertura de Fallecimiento será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años, y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, por lo que se refiere a las causales de rescisión previstas por el Artículo 47 de la Ley, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley citada para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

Lo anterior aplica para el incremento de suma asegurada y el periodo de 5 (cinco) y 2 (dos) años contarán a partir de que se autorice el aumento correspondiente.

4.7 Primas

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

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

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

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

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las partes hayan pactado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

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

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

4.8 Periodo de gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo que se especifica en la carátula de la Póliza y/o en el certificado individual, los efectos de esta Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

4.9 Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos en la Fecha de Alta del Certificado Individual y las subsecuentes renovaciones.

La edad mínima de contratación, la edad máxima de contratación y la edad máxima de renovación, son las que se indican en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera 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 hubiera pagado 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 pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción 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 la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad; y

d. Si con posterioridad al fallecimiento 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 que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

4.10 Beneficiario

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

“Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.”

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

Cambio de Beneficiarios.

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

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

4.11 Interés Moratorio

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

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

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

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

IV.- Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago

previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.12 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 68 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 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 dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

4.13 Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán, respecto a las coberturas de Fallecimiento y de Muerte Accidental en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, 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. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4.14 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o por la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

4.15 Intermediación o Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha

información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

4.16 Régimen Fiscal

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

4.17 Aviso de Siniestro

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

4.18 Renovación

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, bajo las mismas condiciones en las que fue contratado, siempre y cuando se reúnan los requisitos que establece el Reglamento, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro. **La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.**

4.19 Obligaciones del Contratante

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

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

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

4.20 Registro de Asegurados

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

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

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

4.21 Expediente

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

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

4.22 Administración y Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y eficientar el proceso de administración y gestión de la póliza, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en las Disposiciones de Carácter General relativas, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

4.23 Ingresos

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

4.24 Bajas

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

4.25 Dividendos

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

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

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

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

La Compañía no realizará pago por concepto de Dividendos que deriven de una experiencia favorable en siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al Asegurado, Beneficiario o Contratante de la Póliza, según se haya convenido en el contrato.



4.26 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 usó 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 _____; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

4.27 Datos Personales

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

4.28 Endoso de terminación y exclusión automática por actividades ilícitas

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la póliza de Seguro con número:

<<05.0101022269000001 y 05.0101022269000002>> a nombre de **<< GRUPO FAMSA S A B DE C V >>**, cuya vigencia es del **<<27/02/2018>>** al **<<27/02/2019>>**, teniendo prelación sobre las condiciones generales en todo cuanto sean opuestas.

Será causa de baja del Grupo o Colectividad Asegurada, sin responsabilidad para la Compañía, exclusivamente el Asegurado que se encuentre en el siguiente supuesto: fuere condenado mediante sentencia por un juez 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 (en lo sucesivo "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 (en lo sucesivo "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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Grupo de Acción Financiera Internacional sobre el blanqueo de capitales.

En caso que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el asegurado y/o el contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora dará de alta al asegurado, 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. La diferencia en prima que resulte se aplicará en el ajuste de fin de vigencia del Contrato.

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 la Lista OFAC, Lista UIF u otras listas de naturaleza similar emitidas por autoridades u organismos nacionales o internacionales.

FECHA DE ELABORACION:

05/07/2018

Funcionario Autorizado

Este seguro cuenta con el número de registro CGEN-S0104-0155-2014/G003280-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF)

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas CNSF-S0104-0234-2017 de fecha 27 de julio de 2017 modificado con CGEN-S0104-0155-2014 de fecha 24 de septiembre del 2014”

Se recomienda y se invita al Contratante que para cualquier aclaración o duda respecto al alcance de su seguro (coberturas, exclusiones y restricciones), lea cuidadosamente la totalidad de su póliza, misma que le es entregada con este documento, o bien, que puede consultar electrónicamente en la página www.bnpparibascardif.com.mx

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0234-2017/CONDUSEF-002760-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF)

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Paseo de las Palmas 415, Piso 5, Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P. 11000 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico une@cardif.com.mx, o telefónicamente al 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01 800 522 0983 desde el interior de la República, en un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 horas a 18:30 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.condusef.gob.mx, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.

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, Ciudad de México**, conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo (en lo sucesivo y conjuntamente denominadas "Cardif"), ponen a su disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley").

Le damos a conocer, de manera enunciativa, más no limitativa, algunos de los datos personales que podemos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna, con la finalidad de llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio, así como cualquier actividad derivada de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif: (1) **datos de identificación**, tales como nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, registro federal de contribuyentes, teléfono(s) y correo electrónico; (2) **datos personales sensibles** en términos de la Ley, tales como datos sobre



su estado de salud pasado, presente o futuro, origen racial o étnico, datos sobre enfermedades congénitas o crónicas y condiciones y causales del siniestro; (3) **datos financieros y patrimoniales**, tales como número de tarjeta de crédito y/o débito, condiciones y línea de crédito, ingresos y salario; entre otros.

Las **finalidades** de obtener sus datos personales son: (1) evaluación del riesgo propuesto; (2) cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif; (3) cumplimiento de las obligaciones legales que le derivan a Cardif, así como de las políticas y procedimientos internos; (4) identificación; (5) operación, gestión y administración de los productos y servicios que usted tiene contratados o que llegare a contratar con Cardif; (6) atención de cualquier consulta, duda, aclaración o queja; (7) otorgamiento de beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; y (8) cualquier otro fin similar o análogo a los antes mencionados.

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

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

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

Para **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición**, así como para **limitar el uso y divulgación de sus datos personales**, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado; y/o (2) 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 éste Aviso de Privacidad**, por lo que recomendamos monitorearlo regularmente. En caso de que existiere algún cambio, lo haremos extensivo para usted por medio de: (1) una publicación visible en nuestro portal de internet; y/o (2) un aviso en un periódico de circulación nacional; y/o (3) por cualquier otro medio que a discreción de Cardif se considere como idóneo.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de junio de 2017, con el número CNSF-S0104-0234-2017 de fecha 27 de julio de 2017 modificado con CGEN-S0104-0155-2014 de fecha 24 de septiembre del 2014”

Se recomienda y se invita al Contratante que para cualquier aclaración o duda respecto al alcance de su seguro (coberturas, exclusiones y restricciones), lea cuidadosamente la totalidad de su póliza, misma que le es entregada con este documento, o bien, que puede consultar electrónicamente en la página www.bnpparibascardif.com.mx

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0234-2017/CONDUSEF-002760-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF)

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Paseo de las Palmas 415, Piso 5, Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P. 11000 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico une@cardif.com.mx, o telefónicamente al 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01 800 522 0983 desde el interior de la Republica, en un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 horas a 18:30 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.condusef.gob.mx, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.