



SEGURO DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA PROPIA

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro CONDUSEF-005006-01 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)

Índice

1.	DEFINICIONES	4
2.	COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO	8
2.1.	Descripción de la cobertura.....	8
2.2.	Exclusión.....	8
2.3.	Documentos para comprobar el Fallecimiento.....	9
3.	COBERTURAS ADICIONALES	9
3.1.	COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	9
3.1.1.	Descripción de la cobertura.....	10
3.1.2.	Exclusiones.....	10
3.1.3.	Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	11
3.1.4.	Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente	12
3.2.	COBERTURA POR DIAGNOSTICO DE CÁNCER.....	12
3.2.1.	Descripción de la cobertura.....	12
3.2.2.	Exclusiones.....	12
3.2.3.	Documentos para la Comprobación del Diagnóstico de Cáncer.....	13
3.3.	COBERTURA POR ENFERMEDAD GRAVE DE INFARTO AL MIOCARDIO.....	14
3.3.1.	Descripción de la cobertura.....	14
3.3.2.	Documentos para la Comprobación de la Enfermedad Grave de Infarto al Miocardio.....	15
4.	CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.....	15
4.1.	Edad de Aceptación.....	15
4.2.	Prima	16
4.3.	Vigencia del Contrato de Seguro	17
4.4.	Renovación.....	17
4.5.	Rehabilitación.....	18
4.6.	Pago de la Suma Asegurada	18
4.7.	Beneficiarios Predeterminados.....	18
4.8.	Obligaciones del Contratante	19
4.9.	Registro de Asegurados.....	19
4.10.	Expediente.....	20
4.11.	Administración y Acceso a la Información.....	20
4.12.	Altas al Grupo Asegurado	20
4.13.	Bajas del Grupo Asegurado.....	20
4.14.	Terminación del Contrato de Seguro	21
4.15.	Dividendos	21
4.16.	Aviso de Ocurrencia del Evento.....	21
4.17.	Indemnización	22
4.18.	Indemnización por Mora	22
4.19.	Prescripción.....	24
4.20.	Competencia.....	24
4.21.	Rectificaciones y Modificaciones	24
4.22.	Comunicaciones	24
4.23.	Comisión o Compensación Directa.....	25
4.24.	Moneda.....	25
4.25.	Cesión.....	25
4.26.	Carencia de Restricciones	25

4.27. Residencia	25
4.28. Límite Territorial.....	25
4.29. Agravación del Riesgo	26
4.30. Entrega de Documentación Contractual.....	27
4.31. Uso de Medios Electrónicos / Entrega de Documentación Contractual	27
4.32. Datos Personales	30
4.33. Referencia de Leyes.	30

SEGURO DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA PROPIA

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

Accidente: Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevista, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado y en su caso la muerte. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado: Persona física cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual y que se encuentra protegida por la presente Póliza, misma que ha otorgado su consentimiento respecto a las coberturas de este Contrato de Seguro, siempre que dichas coberturas se especifiquen como amparadas en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Beneficiario Predeterminado: Persona (s) física (s) predeterminada (s) con carácter de revocable que tiene (n) derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro de conformidad con el siguiente orden: el cónyuge o concubino (a) del Asegurado legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, serán el (los) hijo (s) mayor (es) de edad del Asegurado por partes iguales y en ausencia de éste (os) los padres del Asegurado por partes iguales. Cuando no exista Beneficiario Predeterminado, el importe de la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Sin perjuicio de lo anterior, en cualquier momento el Asegurado podrá modificar la designación anterior y designar a nuevo (s) Beneficiario(s), siempre y cuando el Certificado Individual se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra; para este efecto, el Asegurado deberá realizar una notificación por escrito o aviso vía telefónica a la Compañía, expresando con claridad el (los) nombre(s) del (los) nuevo(s) Beneficiario(s), indicando el porcentaje que les corresponde a cada uno de ellos, mencionando si la designación es revocable o irrevocable. En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe del seguro conforme a lo indicado anteriormente, sin responsabilidad alguna para ella.

Beneficio: Indemnización a la que tiene derecho el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) Predeterminado(s) en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo a lo estipulado en el presente Contrato de Seguro.

Carátula de Póliza: Documento que contiene la información y datos correspondientes a: (i) el Contratante, (ii) la Prima, (iii) la Vigencia del Contrato de Seguro; (iv) los límites aplicables a cada una de las coberturas, y (v) cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar el Contrato de Seguro.

Certificado Individual: Documento expedido y firmado por la Compañía, a cada uno de los Asegurados y mediante el cual se hace constar las coberturas contratadas, la Vigencia y demás datos que detallan las características de los riesgos cubiertos respecto de cada Asegurado. Para efectos de las presentes Condiciones Generales, el Certificado Individual incluirá además en el mismo documento el

consentimiento del Asegurado para formar parte del Grupo Asegurado, por lo que deberá ser firmado por el funcionario autorizado por la Compañía, así como por el propio Asegurado.

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

CONDUSEF: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Contratante: Persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo). En caso de ser una persona moral, también deberá proporcionar la información necesaria y suficiente, generar los reportes y mecanismos, para la adecuada operación del Contrato de Seguro.

Diagnóstico: Dictamen sobre el Padecimiento o condición del Asegurado, ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual que efectúa un Médico, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad, apoyándose para ello en elementos como: evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Endoso: Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo con el Contratante, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales de la Póliza.

Enfermedad: Alteración del funcionamiento normal de un organismo o de algunas de sus partes debido a una causa interna o externa que por lo general requiere de tratamiento médico y/o quirúrgico y que se encuentre(n) amparada(s) mediante esta Póliza.

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

Enfermedad Grave: Enfermedad crónica degenerativa con daño permanente del órgano afectado, sustentado documentalmente y de acuerdo con los criterios especificados. Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderán por Enfermedad Grave, única y exclusivamente la que se describe a continuación:

- **Infarto al Miocardio:** Es la necrosis (muerte) de una porción del músculo cardiaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

Evento: Consiste en la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual durante el período de Vigencia. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

Fecha de Inicio de Vigencia: Fecha que aparece en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.

Fecha Fin de Vigencia: Fecha que aparece en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual en la cual concluye la protección de la Póliza y/o Certificado Individual.

Grupo Asegurado: Personas físicas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.

Hospital, Clínica o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas con personal Médico y de enfermería autorizados por la Secretaría de Salud para ejercer. Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Institución de Seguridad Social: Se refiere al: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM); 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 facultado para proveer servicios de salud.

Ley: Ley sobre el Contrato de Seguro.

Médico: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina y que cuenta con título y cédula profesional vigente, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente: Aquel Padecimiento y/o Enfermedad del Asegurado que con anterioridad a la Fecha de Inicio de Vigencia la Póliza y/o Certificado Individual:

- Se haya declarado su existencia.
- Se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico;
- 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 la cobertura de **Invalidez Total y Permanente** deberá entenderse:

- Aquel Padecimiento y/o Enfermedad 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, de que el Padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una **Invalidez Total y Permanente**; y/o
- Aquel Padecimiento y/o Enfermedad del Asegurado que con anterioridad a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, hayan originado una, o haya sido diagnosticado como **Invalidez Total y Permanente**;

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 Preexistente 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 y/o Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un Médico especialista que elija dentro de los previamente propuestos 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 hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el Médico especialista designado por el Asegurado y la Compañía, quienes deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que 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.

Período de Carencia: Lapso de tiempo inmediato posterior a la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga las Primas correspondientes, pero no se 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 Asegurado o en su caso, el Beneficiario(s) Predeterminado(s) no tendrá(n) derecho al pago de la indemnización correspondiente.

Este período deberá cumplirse cada vez que se inicie cobertura, entendiéndose como tal a la contratación de la Póliza y/o Certificado Individual y que no sea renovación inmediata y continua de una Póliza anterior.

El Período de Carencia en caso de aplicar, será el establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Período de Espera: Plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el Evento, durante el cual el Asegurado debe mantenerse en estado de **Invalidez Total y Permanente**, para que, en caso de persistir la Invalidez Total y Permanente, proceda el pago de la cobertura, en caso de ser procedente y bajo los términos estipulados en el presente Contrato de Seguro. El Período de Espera en caso de aplicar, será el establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Período 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. El Período de Gracia será el establecido en la Carátula de Póliza.

Póliza y/o Contrato de Seguro: Documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre la Compañía y el Contratante y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo: estas condiciones generales, la Carátula de Póliza, la solicitud de seguro, los Certificados Individuales, los Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.

Práctica Profesional de Cualquier Deporte: Dedicarse a una actividad física y/o ejercicio continuado, por el que se reciba cualquier tipo de retribución económica. No se considerará como práctica profesional a las actividades de recreación o practicadas de forma amateur o *hobbie*.

Prima: Cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual) a la Compañía en la forma y términos convenidos en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, 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 o cualquier otro gasto o impuesto aplicable.

RECAS: Registro de Contratos de Adhesión de Seguros.

Reglamento: Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Siniestro: Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización, siempre y cuando se encuentre expresamente amparada bajo los términos y condiciones del presente documento.

Suma Asegurada: Cantidad máxima indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, en cada cobertura, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente el Siniestro.

Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos de Asegurabilidad: Límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos de Asegurabilidad, la Compañía podrá solicitar la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

Vigencia: Duración de la Póliza, la cual está estipulada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual respectivo.

2. COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

Esta cobertura opera cuando se contrate y se especifique expresamente como amparada en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

2.1. Descripción de la cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada, de acuerdo con lo contratado y especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, al(los) Beneficiario(s) Predeterminado(s).

Esta cobertura no excederá en ningún caso la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

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

2.2. Exclusión

Previo pacto entre la Compañía y el Contratante, la Cobertura Básica por Fallecimiento del Asegurado, aplicará la siguiente exclusión, la cual se hará constar en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual:

Suicidio

Sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro del período establecido en el Certificado Individual respectivo, sin que pueda exceder de 24 meses, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del

Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. Si el suicidio ocurre antes del período establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía solamente devolverá la prima de riesgo no devengada y pagada a la fecha que ocurra el fallecimiento.

2.3. Documentos para comprobar el 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. Copia simple del certificado de defunción;
3. Original o copia certificada de acta de defunción;
4. Copia certificada 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 del(los) Beneficiario(s) Predeterminado(s) o en caso de ser aplicable del (los) Beneficiario(s);
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado (si la tuviere) y del(los) Beneficiario(s) Predeterminado(s) o en caso de ser aplicable del (los) Beneficiario(s), preferentemente la emitida por el INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país emitida por el Instituto Nacional de Migración;
7. Original o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
8. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s) Predeterminado(s) o en caso de ser aplicable del (los) Beneficiario(s), con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.

3. COBERTURAS ADICIONALES

3.1. COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Esta cobertura opera cuando se contrate y se especifique expresamente como amparada en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

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 y/o Enfermedad, según lo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, y permanezca de forma continua en ese estado durante un período que exceda el Período de Espera, 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 de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano o conjuntamente con la

vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad, según lo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, en estos casos no será necesario que transcurra el Período de Espera indicado.

Se entenderá por:

Pérdida de una mano: Su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su anquilosamiento o separación completa del tobillo o arriba de ella.

Pérdida de la vista de un ojo: La pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.

Anquilosis: Fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

3.1.1. Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente, o Accidente y/o Enfermedad, según aparezca contratado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual durante la Vigencia ahí establecida, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada después de haber transcurrido el Período de Espera, contado a partir del Diagnóstico de Invalidez Total y Permanente, en el entendido de que el Médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

Esta cobertura no excederá en ningún caso la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

En caso de que el Asegurado, a causa de la Invalidez Total y Permanente, quede médicamente imposibilitado para realizar el trámite correspondiente para la reclamación del Siniestro, lo cual deberá comprobarse fehacientemente, con el objeto de cobrar la indemnización pendiente a favor del Asegurado se determina como persona autorizada al cónyuge o concubina(o) del Asegurado legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, será el hijo mayor de edad del Asegurado y en ausencia de éste, alguno de los padres del Asegurado, en ausencia de éstos la sucesión legal del Asegurado.

3.1.2. Exclusiones

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

- a) **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes en los términos definidos;**
- b) **Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual, siempre que la Invalidez Total y Permanente se presente dentro de los primeros 12 (doce) meses de Vigencia del Certificado Individual respectivo y derive de dicho Accidente o Enfermedad, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual;**
- 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 (con un nivel de alcoholemia mayor a 0.4 miligramos de etanol por litro de sangre [ml/l]), drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- f) **Participación 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.**

3.1.3. 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 por un Hospital, Clínica o Sanatorio en caso de no contar con el Beneficio de ninguna Institución de Seguridad Social, dicho dictamen puede ser emitido por un Médico con cédula de especialidad en medicina del trabajo (en el entendido de que el Médico que emite el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado), 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 certificado, 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 Póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado deberá presentar a la Compañía estudios clínicos como prueba fehaciente de dicho estado y someterse, en su caso, a las evaluaciones que ésta solicite.

3.1.4. 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 por un Hospital, Clínica o Sanatorio o por un Médico con cédula de especialidad en medicina del trabajo (en el entendido de que el Médico que emite el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado), que cuente con la facultad de declarar la Invalidez Total y Permanente, 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 o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
4. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente la emitida por el INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país emitida por el Instituto Nacional de Migración;
5. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado, con una antigüedad no mayor a 3(tres) meses.

3.2. COBERTURA POR DIAGNOSTICO DE CÁNCER

Esta cobertura opera cuando se contrate y se especifique expresamente como amparada en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

3.2.1. Descripción de la cobertura

Una vez transcurrido el Período de Carencia cuando al Asegurado, durante la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, le sea diagnosticado por primera vez Cáncer, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada y especificada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, en el entendido de que el Médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

En el supuesto de fallecimiento del Asegurado o que se encuentre médicamente imposibilitado, para realizar el trámite de reclamación correspondiente, lo cual deberá comprobarse fehacientemente, con el objeto de cobrar la indemnización pendiente a favor del Asegurado se determina como persona autorizada al cónyuge o concubina(o) del Asegurado legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, será el hijo mayor de edad del Asegurado y en ausencia de éste, alguno de los padres del Asegurado, en ausencia de éstos la sucesión legal del Asegurado.

La presente cobertura ampara el(los) tipo(s) de Cáncer que se encuentre(n) amparado(s) en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

3.2.2. Exclusiones

La presente cobertura no ampara:

- a) Cáncer Preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo, en los términos en que se definen Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes;**
- b) Lesiones descritas como carcinoma in situ, entendiéndose por este: un crecimiento descontrolado de tejidos normales que forman un tumor y no presenta la propagación de células invasivas y destructivas desde el sitio de**

origen hasta sitios distantes. Su extirpación o remoción reduce el riesgo de una progresión tumoral que derive en una afectación a la salud del paciente;

- 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 un Diagnóstico, 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 de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**
- f) **Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**
- g) **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 benignos, 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) **Recidiva / recaída de Cánceres ya cubiertos.**

3.2.3. Documentos para la Comprobación del Diagnóstico de Cáncer

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 emitida por el Instituto Nacional de Migración.
3. Resumen del expediente clínico o informe médico detallado con Diagnóstico y tratamiento, indicando la fecha de inicio de signos y síntomas, fecha de Diagnóstico, el cual deberá estar emitido por un Médico especialista en Oncología.
4. Estudio histopatológico, histológico, estudio citoquímico y/o biopsia, informe del Médico especialista en oncología y/o hematología (dependiendo del tipo de Cáncer reclamado) o reporte de estudio que compruebe mediante cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen la presencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos.
5. Original o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
6. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado o en su caso de (los) Beneficiario(s) Predeterminado(s) o Beneficiario(s), con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.

3.3. COBERTURA POR ENFERMEDAD GRAVE DE INFARTO AL MIOCARDIO

Esta cobertura opera cuando se contrate y se especifique expresamente como amparada en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

3.3.1. Descripción de la cobertura

Una vez transcurrido el Período de Carencia, en caso que durante la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, sea diagnosticado al Asegurado por primera vez con la Enfermedad Grave de Infarto al Miocardio que aparece como amparada dentro de la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición, la Suma Asegurada establecida por Evento para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, de acuerdo con los términos y condiciones de este Contrato de Seguro.

Queda entendido que el Médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado

En el supuesto de fallecimiento del Asegurado o que se encuentre médicamente imposibilitado, para realizar el trámite de reclamación correspondiente, en este último caso deberá comprobarse fehacientemente, se determina como persona autorizada con el objeto de cobrar la indemnización pendiente a favor del Asegurado se determina como persona autorizada al cónyuge o concubina(o) del Asegurado legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, será el hijo mayor de edad del Asegurado y en ausencia de éste, alguno de los padres del Asegurado, en ausencia de éstos la sucesión legal del Asegurado.

Para efectos de esta cobertura, el Asegurado quedará cubierto única y exclusivamente por la Enfermedad Grave de Infarto al Miocardio que se encuentra amparada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, cuya demostración procederá conforme a lo siguiente:

a) Demostración a la Enfermedad Grave de Infarto al Miocardio

El Diagnóstico deberá cumplir cuando menos con 2 (dos) de los siguientes criterios:

1. Sufrir los síntomas consistentes y clínicamente aceptados con el Diagnóstico de un infarto agudo al miocardio.
2. Con elevaciones características en los marcadores bioquímicos cardiacos específicos arriba de los valores normales.
3. Demostrado mediante estudios de gabinete, por ejemplo: angiografía coronaria, medicina nuclear, cambios característicos en el electrocardiograma.

Exclusiones aplicables a la Enfermedad Grave de Infarto al Miocardio:

- **Insuficiencia cardiaca, insuficiencia de cualquier válvula cardiaca (tricúspidea, mitral, pulmonas y aortica), dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, choque cardiogénico, bloqueo completo o incompleto de rama, arritmias cardiacas, fibrilación (auricular y ventricular), miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio.**
- **Infarto del miocardio que ocurre dentro de los 14 días naturales posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo, pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria,**

será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas Q en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca mostrados en los estudios cardiacos 30 días naturales después del procedimiento coronario.

3.3.2. Documentos para la Comprobación de la Enfermedad Grave de Infarto al Miocardio

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. Resumen del expediente clínico o informe médico detallado con fecha de Diagnóstico y tratamiento, el cual deberá estar emitido por Institución de Seguridad Social o por un Hospital, Clínica o Sanatorio (en el entendido de que el Médico que emite el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado) y la historia clínica que señale Padecimientos y tiempos de evolución;
4. Estudios clínicos que corroboren el Diagnóstico;
5. Original o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
6. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado, con una antigüedad no mayor a 3(tres) meses.

4. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

4.1. Edad de Aceptación

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

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real en la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la Prima de riesgo no devengada y pagada que corresponda a la fecha de su rescisión.

No obstante, la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, 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 del Asegurado en la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual;
- En caso que, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía ya hubiera pagado el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, la

Compañía tendrá derecho a reclamar al Asegurado lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.

- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en el Certificado Individual 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 del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas aplicables a la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual.

Si en la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en el Certificado Individual o extenderá al Asegurado otro comprobante; en este caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

4.2. Prima

La Prima total que deberá pagar el Contratante a la Compañía será la sumatoria de las Primas únicas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad al momento de contratar el seguro y la Suma Asegurada.

El pago de la Prima se hará en una sola exhibición.

La Prima vence respecto de cada uno de los Asegurados en la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual respectivo. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un plazo adicional para realizar el pago de la Prima, mismo que se encuentra especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, o bien si no se encuentra estipulado se especificarán 30 (treinta) días naturales para liquidarla (Período de Gracia). En caso de realización del Siniestro (Evento) durante el Período de Gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario Predeterminado, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados, como lo prevé el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de Siniestro ocurrido fuera del período 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 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 una vez transcurrido el Período de Gracia a que se refiere el tercer párrafo de esta cláusula.

4.3. Vigencia del Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro iniciará su Vigencia a partir de las 12:00 horas de la Ciudad de México de la Fecha de Inicio de Vigencia y terminará su Vigencia a las 12:00 horas de la Ciudad de México de la Fecha Fin de Vigencia estipulada en la Carátula de Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato de Seguro.

Durante la Vigencia del Contrato de Seguro tendrán lugar altas y bajas de Certificados Individuales correspondientes a los Asegurados.

La Vigencia en relación con cada Certificado Individual iniciará a partir de las 12:00 horas de la Ciudad de México de la Fecha de Inicio de Vigencia y terminará su Vigencia a las 12:00 horas de la Ciudad de México de la Fecha Fin de Vigencia establecida en el Certificado Individual.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente, sin obligación posterior para la Compañía, por las siguientes causas:

- a. Fecha de término del período de Vigencia.
- b. A falta de pago de la Prima la Vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante la cancelación del Contrato de Seguro.
- c. El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía, de ser procedente, se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación.
- d. La Compañía podrá dar por terminado el Certificado Individual o el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.

En caso de que la Póliza no sea renovada, la Compañía respetará los términos y condiciones pactados en los Certificados Individuales dados de alta dentro de la Vigencia de la Póliza, hasta el vencimiento de los mismos.

4.4. Renovación

Una vez transcurrido el período 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 o la Compañía manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro con 30 (treinta) días de anticipación a la fecha efectiva de terminación. En caso de renovación, la Prima por cada Asegurado deberá estar pagada y encontrarse dentro de los límites de edad establecidos conforme a la Cláusula de Edad de Contratación. **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.**

4.5. Rehabilitación

En el caso que este Contrato de Seguro se cancele por falta de pago de Primas, el Asegurado podrá solicitar su rehabilitación por escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Período de Gracia, debiendo pagar la Prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

La Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la Vigencia de la Póliza originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y rehabilitación vigentes.

En ningún caso la Compañía cubrirá Siniestros ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la fecha indicada por la Compañía como rehabilitación de la Póliza.

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Asegurado podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el período comprendido entre el último recibo de pago de Prima que haya sido pagado, y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor al plazo especificado en la Carátula de Póliza.

Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) El Asegurado deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, acompañada de una carta de NO SINIESTRALIDAD.
- 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 Asegurado deberá cubrir el importe de la Prima (s) correspondiente (s).

Cumpliendo con lo anterior, el Contrato de Seguro se considerará automáticamente rehabilitado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas respetando la Vigencia originalmente pactada.

4.6. Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondan por cada cobertura contratada, en los términos indicados en la misma, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

La indemnización se pagará a través de una transferencia electrónica a la cuenta del Beneficiario Predeterminado o Asegurado o la persona autorizada en caso de fallecimiento o imposibilidad médica del Asegurado, según corresponda. En caso de que no cuente con ella, el pago se podrá realizar a través de cheque, orden de pago o del medio que disponga la Compañía.

En caso de pago a la persona autorizada, previo a que dicho pago sea realizado, ésta deberá cumplir con los procesos de identificación del cliente que tenga la Compañía.

4.7. Beneficiarios Predeterminados

El Asegurado goza de Beneficiarios Predeterminados, quienes tienen derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.

En el caso que el Asegurado así lo desee, podrá modificar la designación anterior siempre que no exista restricción legal en contrario, pudiendo designar a nuevos beneficiarios en forma clara y precisa mediante notificación por escrito a la Compañía, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. 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 definición de Beneficiario Predeterminado, será sin responsabilidad alguna para ésta.

Cuando existan varios beneficiarios la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo 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.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar 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 el Certificado Individual y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

4.8. 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.

4.9. 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 seguro de que se trate;
- Número de Certificado Individual; y
- Coberturas amparadas.

4.10. 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.

4.11. Administración y Acceso a la Información

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

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro. Lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

4.12. Altas al Grupo Asegurado

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.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos Médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos Médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

4.13. Bajas del Grupo Asegurado

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.

En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, a los diez días hábiles posteriores a haber recibido la solicitud de cancelación, por escrito, del Contratante y/o Asegurado, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo.

4.14. Terminación del Contrato de Seguro

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso de cancelación, la Compañía tendrá derecho a la Prima que corresponda al período 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.

4.15. Dividendos

Esta Póliza otorgará dividendos, en caso de especificarse en la Carátula de la Póliza, por siniestralidad favorable al Contratante y/o, en su caso, a los Asegurados, de acuerdo con el porcentaje establecido en la Carátula de 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. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el período de Vigencia del Contrato de Seguro. Si la Vigencia de este contrato es menor a 1 (un) año, no se podrán otorgar dividendos.

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.

En caso de cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago, no se entregará o repartirá dividendo alguno.

El pago de dividendos no estará condicionado a la renovación de la Póliza. Los dividendos se pagarán una vez cubierta la totalidad de la Prima anual.

4.16. Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el (los) Beneficiario(s) Predeterminado(s) 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 naturales, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

4.17. Indemnización

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a este Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites especificados en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido los informes y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del Siniestro (Evento), las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

4.18. 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 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 establecida 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.”

4.19. Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán respecto de la cobertura de fallecimiento en 5 (cinco) años y respecto de las demás coberturas en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

4.20. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

4.21. 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 (treinta) días naturales 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 y por Póliza, debe entenderse el Contrato de Seguro o el Certificado Individual.

Este Contrato de Seguro podrá ser modificado mediante consentimiento previo y por escrito del Contratante y la Compañía y haciéndose constar mediante Endoso en términos de la legislación aplicable.

4.22. Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio indicado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante

y/o al Asegurado para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

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

4.23. Comisión o Compensación Directa

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

4.24. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante y/o del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

4.25. Cesión

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

4.26. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no se afectará por razones de cambio de residencia dentro del territorio nacional, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la Póliza, salvo la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos de Asegurabilidad estipulada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

4.27. Residencia

Este seguro se contrata con mexicanos que residan habitualmente en México; o con extranjeros con la calidad legal de residentes y que tengan, por lo menos, 6 (seis) meses residiendo en los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su nacionalidad.

4.28. Límite Territorial

Esta Póliza ha sido contratada en territorio nacional, para cubrir riesgos que sean ocurridos en territorio nacional. La limitación territorial se ampliará en los casos en que se contraten coberturas que amparen riesgos ocurridos en el extranjero, de acuerdo a lo indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. No obstante, el lugar de ocurrencia, la reclamación deberá realizarse dentro del territorio nacional y conforme a los tribunales y la legislación de los Estados Unidos Mexicanos; el pago de la Suma Asegurada o indemnización que, en su caso, deba realizar La Compañía, se efectuará en moneda nacional y en territorio nacional.

4.29. Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” **(Artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” **(Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

“Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones” (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las Primas anticipadas” **(Artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, o su representante, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el Siniestro. **(Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) Predeterminado(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la disposición Trigésima Novena, fracciones IX y XXVIII, Cuadragésima Cuarta, fracción VII, Quincuagésima Tercera, fracción XII, Septuagésima Primera, Septuagésima Segunda y Septuagésima Séptima del

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la LISF, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) Predeterminado(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

4.30. 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. Previa solicitud por escrito, a través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, resguardará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas; 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.

4.31. Uso de Medios Electrónicos / Entrega de Documentación Contractual

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula.

Contraseña: Significa la clave o la cadena alfanumérica que autentica al Asegurado en un medio electrónico o en una operación electrónica. La Contraseña tiene los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa conforme a la legislación, siendo admisible como prueba en juicio.

Identificador de Usuario: Significa la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que conozca tanto la Compañía como el usuario, que permita reconocer la identidad del propio Usuario para la realización de operaciones electrónicas.

Medios Electrónicos: Significa el Internet, el correo electrónico, el teléfono y la grabación inherente a la llamada telefónica. Queda en entendido que los Medios Electrónicos mencionados anteriormente, son los únicos que la Compañía y el Asegurado reconocen y aceptan que su utilización atenderá a la naturaleza de la operación a realizar y al alcance de los mismos.

Sesión: Período durante el cual los Usuarios podrán llevar a cabo operaciones, una vez que hayan ingresado al servicio de operaciones electrónicas con su identificador de usuario.

Usuario: El Asegurado que cuenta con contraseña e identificador de usuario, lo que le permite realizar operaciones electrónicas.

Sin perjuicio de lo dispuesto por la Cláusula de Entrega de Documentación Contractual se modifica, tomando en cuenta que este Contrato de Seguro, por su naturaleza, no es comercializado a través de Medios Electrónicos, la Compañía, con la única finalidad de facilitar la gestión de este seguro y de otorgar un acceso expedito a los Asegurados a la documentación contractual:

Cuando el Asegurado lo solicite por escrito y la Compañía se encuentre en posibilidad de poner a disposición de los Asegurados los Certificados Individuales a través de Medios Electrónicos, lo hará de su conocimiento al momento de la contratación de este seguro y/o de la incorporación de los posibles Asegurados al Grupo Asegurado.

En el supuesto indicado, la Compañía pondrá a disposición de los Asegurados el Certificado Individual, de la siguiente manera:

- Por escrito, cuando la Compañía no se encuentre en posibilidades de hacer llegar a los Asegurados que lo hayan solicitado, sus respectivos Certificados Individuales, a través de Medios Electrónicos;
- A través de la siguiente página electrónica de Internet www.cardif.com.mx, mediante la utilización del Usuario y Contraseña previamente asignados al Asegurado.

El Asegurado tendrá acceso al Certificado Individual respectivo, por medio del Usuario y Contraseña que la Compañía directamente, o a través del Contratante, le haya asignado en el momento en el que el Asegurado haya otorgado su Consentimiento.

En caso de que el Asegurado no haya solicitado el uso de los Medios Electrónicos antes referidos, la Compañía podrá optar por alguna de las siguientes opciones:

- Ponerlo a disposición del Asegurado a través del Contratante; o
- Por correo convencional o certificado al domicilio del Asegurado.

Cuando la Compañía proporcione a los Asegurados acceso a su Certificado Individual, a través de Medios Electrónicos, la Compañía está obligada a proporcionar al Asegurado la siguiente información, la cual ya se incluye dentro del texto del mismo documento:

- Nombre Comercial o datos de identificación del producto de seguro respecto del cual es Asegurado y del cual está obteniendo el Certificado Individual;
- Dirección de página electrónica en Internet en donde el Asegurado podrá acceder clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- Los datos de contacto de la Compañía para la atención de dudas, quejas o aclaraciones; y
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

La utilización por parte del Asegurado de los Medios Electrónicos, así como del Usuario y de la Contraseña asignados, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de estos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Asegurado llegare a hacer uso de los Medios Electrónicos, su utilización será responsabilidad exclusiva del Asegurado, para todos los efectos legales a que haya lugar, quien reconoce y acepta a partir del momento de su utilización como suyas todas las transacciones hechas por dichos Medios Electrónicos.

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

En caso de que el Asegurado no pudiese tener acceso al Certificado Individual respectivo por cualquier causa, a través de la página electrónica designada, el Asegurado podrá comunicarse al siguiente número telefónico: 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas para que, a elección del Asegurado, la Compañía le haga llegar por correo especializado, por correo certificado o por correo electrónico el mencionado Certificado Individual, a más tardar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes contados a partir de la fecha en la que el Asegurado se haya comunicado con la Compañía.

La Compañía no será responsable en caso de que no pueda efectuar o cumplir con las Operaciones Electrónicas debido, o en caso fortuito y/o fuerza mayor, por desperfectos, caída de sistemas o de cómputo, mal funcionamiento o suspensión de los Medios de Comunicación (incluyendo los Medios Electrónicos) o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo.

En caso de que el Asegurado no pueda efectuar sus operaciones por los motivos aquí señalados, la Compañía hará su mejor esfuerzo para mantener la continuidad en el servicio en el entendido de que no garantizará dicha continuidad al Asegurado.

El Asegurado reconoce y acepta en este acto que la información que llegare a recibir de la Compañía, a través de correo electrónico, así como el contenido de dichos correos electrónicos producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio. Queda entendido por el Asegurado que la única dirección de correo electrónico de la cual recibirá información por parte de la Compañía es la siguiente: sac_mx@cardif.com.mx, no siendo válida la información recibida por una dirección de correo electrónico distinta a la mencionada.

Los procedimientos para la prestación de servicios, serán a través del Centro de Atención Telefónica de Cardif, en donde el sistema le solicitará información personal y del producto contratado para garantizar su identidad. Posterior a ello y de acuerdo con la solicitud del servicio, se aplicará una confirmación de la Operación Electrónica realizada a través de correo electrónico.

En caso de no reconocer alguna de las operaciones electrónicas notificadas deberá comunicarse al teléfono: 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas

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

El Asegurado reconoce y acepta que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para éste, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad que pueden derivar en diversas modalidades de fraude en perjuicio del propio Asegurado y/o sus Beneficiarios, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal.

La Compañía sugiere al Asegurado seguir pautas de protección, como las mencionadas a continuación de manera enunciativa más no limitativa:

- No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en riesgo la confidencialidad de la información;
- Instalar en su computadora personal, software anti-spyware y anti-virus, así como mantenerlos actualizados; y
- Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico.
- No compartir las claves de acceso con persona alguna, utilice claves diferentes para cada uno de los medios electrónicos que utilice y escoja claves que resulten difíciles de adivinar para un tercero.
- Memorizar las claves de acceso o mantenerlas en un lugar seguro, nunca llevarlas con uno.

Queda entendido que la Compañía nunca solicitará al Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.

La Compañía le informa que los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos, se encuentran a su disposición para su consulta en cualquier momento, en la página www.bnpparibascardif.com.mx

Mediante la aceptación de los términos y condiciones en el portal, usted ratifica que la Compañía ha puesto a su disposición dicha información.

4.32. 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.

4.33. Referencia de Leyes.

En cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General en materia de Sanas Prácticas, el Asegurado y/o Contratante podrá consultar en la siguiente liga www.cardif.com.mx el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas.



Las referencias a los preceptos legales descritos en esta Póliza, puede consultarlos en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía la cual se encuentra ubicada en Av. Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, con los teléfonos 55-4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas, o al correo electrónico une@cardif.com.mx, o visite www.cardif.com.mx; o bien, contacte a CONDUSEF que está ubicada en Insurgentes Sur 762 Colonia Del Valle Ciudad de México, C.P. 03100 o al teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080 o correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/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, a partir del día 11 de agosto de 2021, con el número CNSF-S0104-0202-2021/CONDUSEF- CONDUSEF-005006-01."

Las referencias a los preceptos legales descritos en esta Póliza, puede consultarlos en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de CONDUSEF.

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo, la “Ley”) y del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo, el “Reglamento”) y demás disposiciones legales aplicables (en lo sucesivo y conjuntamente la “Regulación de Datos Personales”), se identifica como responsable del tratamiento de los datos personales recabados a los titulares de los mismos, (en lo sucesivo y conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo denominadas “Cardif”), y pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Regulación de Datos Personales).

DOMICILIO: Para efectos del presente Aviso de Privacidad, Cardif señala como domicilio el ubicado en **Avenida Ejército Nacional, número 453, piso 10, colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México.**

DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN: Le damos a conocer las categorías de los datos personales que podríamos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna: (1) **datos de identificación**, tales como nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, país de nacimiento, ocupación o profesión, registro federal de contribuyentes, teléfono(s) y correo electrónico; (2) **datos de contacto**; (3) en caso de tratarse de extranjeros: **datos migratorios**, tales como país y domicilio de



origen; (4) **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, condiciones y causales del Siniestro; (5) **datos financieros y patrimoniales**, tales como número de tarjeta de crédito y/o débito, condiciones de crédito, ingresos y salario.

FINALIDADES NECESARIAS: Las finalidades de obtener sus datos personales son: (1) llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio con usted; (2) cumplir con las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif; (3) la evaluación del riesgo propuesto; (4) el cumplimiento de las obligaciones legales que le derivan a Cardif, así como de las políticas y procedimientos internos; (5) la operación, gestión y administración de los productos y servicios que usted tiene contratados o que llegare a contratar con Cardif; (6) la identificación; y (7) la atención de cualquier consulta, duda, aclaración, cancelación o queja.

FINALIDADES SECUNDARIAS: Adicional a las finalidades antes indicadas, se hace de su conocimiento que los datos recabados podrán tener finalidades que no dan origen a la relación jurídica, mismas que pueden ser: (1) el otorgamiento de Beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; (2) ofrecerle, en su caso, otros productos y/o servicios o promociones relacionadas con nuestros productos de seguro; (3) enviarle toda clase de avisos, notificaciones, promociones, publicidad e información adicional, a través de correo electrónico, mensajes de texto SMS y demás medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología que por avances tecnológicos faciliten la comunicación con usted; (4) mercadotecnia, publicidad y prospección comercial de Cardif o de las sociedades que forman parte del grupo empresarial de Cardif en México y alrededor del mundo, sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales o sociedades bajo el control común; (5) para realizar análisis estadístico, de generación de modelos de información y/o perfiles de comportamiento actual y predictivo y para medir la calidad de los servicios de Cardif; y (6) participar en encuestas, sorteos y promociones.

TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES: Podremos transferir sus datos personales a terceros nacionales o extranjeros, en la medida en que la transferencia; (1) esté prevista en una ley o tratado en los que México sea parte; (2) sea necesaria para dar cumplimiento a las finalidades previamente mencionadas o a las políticas y procedimientos de Cardif; (3) sea con base en el artículo 37 de la Ley. Asimismo, le informamos que dichos terceros, asumen las mismas obligaciones y responsabilidades asumidas por Cardif, en términos de este Aviso de Privacidad.

LIMITACIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES: Le informamos que sus datos personales, serán salvaguardados en todo momento bajo estándares de seguridad, garantizando 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 Regulación de Datos Personales. Le hacemos extensivo que Cardif no venderá, alquilará o enajenará de forma alguna sus datos personales.

CONSENTIMIENTO: En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y dentro de los 5 días hábiles siguientes, al no manifestarse en contrario, usted acepta que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo, acepta que el uso abarque cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades secundarias 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 y 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 este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible. En caso de querer manifestarse en contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico datospersonales@cardif.com.mx o marcando al número 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN:

Usted o su representante legal debidamente acreditado, podrá ejercer cualquiera de los citados derechos, presentando una solicitud a Cardif, misma que deberá apegarse en todo momento a los requisitos señalados por el Artículo 29 de la Ley, por lo cual debe contener y acompañar lo siguiente:

1. El nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud.
2. Los documentos que acrediten la identidad o, o en su caso, la representación legal de titular.
3. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados.
4. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

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.
- (2) Enviar un correo electrónico a la dirección datospersonales@cardif.com.mx donde Cardif le enviará el formato requerido para hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico
- (3) Enviar un escrito/solicitud libre dirigido al Oficial de Privacidad, al siguiente correo datospersonales@cardif.com.mx.
- (4) Para dudas contactarnos vía telefónica al número 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

Para acreditar la identidad del titular o representante legal del titular, será necesario que se acredite por medio de alguno de los siguientes documentos: (i) credencial para votar; (ii) pasaporte; (iii) cartilla militar; (iv) cédula profesional; (v) cédula de identidad del país de nacimiento. En caso de ser representante legal del titular adicionalmente, es necesario el poder notarial o en su caso carta poder firmada ante dos testigos.

En caso de que la información proporcionada sea insuficiente o errónea, o que no se acompañen los documentos solicitados anteriormente, el Oficial de Privacidad podrá solicitarle al titular y/o representante de éste, en un período no mayor a 5 días hábiles, la información o documentación necesaria para continuar con el trámite, por lo que usted contará con 10 días hábiles posteriores a su recepción, para atender el requerimiento.

En caso de que la información proporcionada sea suficiente, Cardif responderá a su solicitud en un plazo de 20 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la documentación completa.

Para **revocar el consentimiento** que haya otorgado a Cardif para el tratamiento de sus datos personales, siempre y cuando, no sean necesarios para cumplir con las finalidades necesarias antes descritas, dentro de los límites previstos en la Regulación de Datos Personales y acorde con las obligaciones establecidas en la misma, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado para obtener el formato correspondiente; y/o (2) contactarnos vía



telefónica al 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas. Es importante que tenga en cuenta que no se podrá concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales, hasta que el proceso de bloqueo se ejecute.

Una vez realizado lo anterior, y haber acreditado su personalidad o la de su representante legal, se excluirán sus datos de nuestras campañas con fines mercadotécnicos y/o prospección comercial y/o cualquier otra finalidad secundaria manifestada por el titular, en un plazo de 20 días contados a partir de la recepción de dicho formato. Esta revocación procederá sin necesidad de cumplir con algún requisito adicional y, por lo tanto, no tendrá que acudir posteriormente por respuesta alguna.

Adicionalmente, hacemos de su conocimiento que podrá inscribirse en el Registro Público de Usuarios (REUS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), padrón que contiene información de usuarios del sistema financiero que no desean ser contactados para fines de mercadotecnia por parte de las instituciones financieras.

Cardif se reserva el derecho de **cambiar en cualquier momento este Aviso de Privacidad**, por lo que recomendamos que usted lo revise periódicamente. 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.