



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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

SEGURO INDIVIDUAL DE HOSPITALIZACIÓN Y ENFERMEDADES GRAVES

Condiciones Generales

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0469-2014/CONDUSEF-002847-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF)

Contenido

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL DE HOSPITALIZACIÓN Y ENFERMEDADES GRAVES	3
1. DEFINICIONES	3
2. COBERTURAS.....	5
2.1 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	5
2.2 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA	7
2.3 INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN CONTINUA	9
2.4 INDEMNIZACIÓN POR GRAVES ENFERMEDADES	11
3. DISPOSICIONES GENERALES	16

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

1. DEFINICIONES

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

- **Accidente.** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona.
- **Asegurado.** Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza con tal carácter, y que es cubierto por los riesgos contratados y amparados en estas condiciones generales en los términos estipulados en la descripción de cada cobertura.
- **Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado en caso de ser procedente la reclamación del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **Compañía.** Significa **Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.**, quien otorga la cobertura contratada y que será la responsable del pago del Beneficio estipulado en la Póliza.
- **Contratante.** Es la persona física o moral, responsable de realizar el pago de la prima. Para efectos de este contrato se entiende que el Contratante es el mismo Asegurado, salvo que en la carátula se especifique lo contrario.
- **Deducible.** Participación del Asegurado en el monto de la reclamación.
- **Endoso.** Es el documento registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante el cual se hace constar el acuerdo establecido en un contrato de seguro por las partes y cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- **Enfermedad.** Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza, que se origine independientemente de hechos accidentales por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.
- **Evento.** La ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Seguro durante la vigencia de la Póliza. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.
- **Fecha de Inicio de Vigencia.** Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.
- **Hospital.** Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios y médicos.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Padecimientos Preexistentes.** Se entenderá por padecimientos preexistentes, aquellos que con anterioridad a la contratación de este seguro:
 - Se haya declarado su existencia, o
 - El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o

- Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, 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 correspondiente reclamación.

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

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

- **Período de Gracia.** Es el plazo otorgado por la Compañía para el pago de la prima, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la misma, la cual se deducirá de la indemnización a pagar si ocurriera el evento cubierto durante este lapso.
- **Periodo de Carencia.** Es el periodo que deberá transcurrir a partir del inicio de vigencia de la Póliza, para que el Asegurado se encuentre cubierto y será establecido en la carátula de la póliza. Este periodo sólo será aplicable para la primera vigencia de seguro contratada, excepto que el seguro se hubiere cancelado y se vuelva a contratar después de un año, en cuyo caso deberá transcurrir nuevamente.
- **Periodo de Espera.** Es el periodo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el evento, para que proceda el pago de la cobertura respectiva. El periodo de espera se especificará en la carátula de la póliza.
- **Póliza y/o Contrato.** Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo las condiciones generales, la carátula de la Póliza, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Prima.** Es el valor determinado por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder la reclamación.



- **Urgencia Médica:** Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata (Artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

2. COBERTURAS

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

Esta Póliza no aplica para aquellas personas que tengan cualquiera de las siguientes ocupaciones: policía, agente secreto, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador, deportistas profesionales, operador de maquinaria pesada y trabajadores de plantas nucleares.

2.1 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La Compañía pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, una vez que haya transcurrido el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza, si éste es internado en un Hospital durante la vigencia de la Póliza a causa de un Accidente, o de un Accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza, limitándose a cubrir hasta por un período máximo de días que se especificará en la carátula de la Póliza por Evento.

Las hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de un mismo Evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, por lo que el periodo máximo pactado se contará a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización.

2.1.1 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado de acuerdo al número de Eventos especificados en la carátula de la Póliza y durante la vigencia de la Póliza. Adicionalmente, en caso de especificarse en la carátula de la Póliza más de un Evento, para tener derecho al pago de la indemnización para las hospitalizaciones por otros eventos, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en carátula de la Póliza entre un Evento y la ocurrencia de los Eventos posteriores.

2.1.2 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Período de carencia en los términos definidos, el cual se indica en la carátula de la Póliza. Este periodo de carencia no aplicara si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica.

2.1.3 Periodo de Espera

La indemnización por Hospitalización por Accidente o por Accidente o Enfermedad del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado



en la carátula de la Póliza a partir de que tenga lugar el Evento, este periodo no aplicara si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica.

2.1.4 Deducible

Esta cobertura opera con un deducible en días que se especificará en la carátula de la póliza sobre el periodo de hospitalización.

2.1.5 EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubre por Hospitalización derivada de:

- a) Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos.**
- b) Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio.**
- c) Actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- d) Culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- e) Conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no), siempre y cuando el asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en dichos actos.**
- f) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- g) Cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- h) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
- i) La práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- j) Procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.**
- k) Cualquier hospitalización no prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.**
- l) Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.**
- m) Hospitalización para fines científicos o de prueba.**
- n) Embarazo, parto o aborto y cualquier tipo de complicación durante y a consecuencia del embarazo.**

2.1.6 Documentos para la comprobación la Hospitalización

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado preferentemente IFE. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital.
6. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la hospitalización, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

2.2 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

La Compañía pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, una vez que haya transcurrido el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza, si éste es internado en la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital durante la vigencia de la Póliza como consecuencia de un Accidente, o de un Accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza, limitándose a cubrir hasta por un período máximo de días que se especificará en la carátula de la Póliza por Evento.

Las hospitalizaciones sucesivas en la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital, como consecuencia de un mismo Evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, por lo que el periodo máximo pactado se contará a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización.

2.2.1 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado de acuerdo al número de Eventos especificados en la carátula de la Póliza y durante la vigencia de la Póliza. Adicionalmente, en caso de especificarse en la carátula de la Póliza más de un Evento, para tener derecho al pago de la indemnización para las hospitalizaciones en la Unidad de Terapia Intensiva por otros eventos, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en carátula de la Póliza entre un Evento y la ocurrencia de los Eventos posteriores.

2.2.2 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Período de carencia en los términos definidos, el cual se indica en la carátula de la Póliza. Este periodo de carencia no aplicara si la hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva ocurre a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica.

2.2.3 Periodo de Espera

La indemnización por Hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva por Accidente o por Accidente o Enfermedad del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la Póliza a partir de que tenga



lugar el Evento, este periodo no aplicara si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica.

2.2.4 Deducible

Esta cobertura opera con un deducible en días que se especificará en la carátula de la póliza sobre el periodo de hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva.

2.2.5 EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubre por Hospitalización derivada de:

- a) Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos.**
- b) Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio.**
- c) Actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- d) Culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- e) Conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no), siempre y cuando el asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en dichos actos.**
- f) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- g) Cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- h) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
- i) La práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- j) Procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.**
- k) Cualquier hospitalización no prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.**
- l) Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.**
- m) Hospitalización para fines científicos o de prueba.**
- n) Embarazo, parto o aborto y cualquier tipo de complicación durante y a consecuencia del embarazo.**
- o) Hospitalización que no sea en una Unidad de Terapia Intensiva.**

2.2.6 Documentos para la comprobación la Hospitalización

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado preferentemente IFE. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital.
6. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la hospitalización, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

2.3 INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN CONTINUA

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza para esta cobertura al Asegurado, si éste es internado en un Hospital durante un periodo mínimo, continuo e ininterrumpido de días que se especificará en la carátula de la Póliza durante su vigencia como consecuencia de un Accidente, o de un Accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza.

2.3.1 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado de acuerdo al número de Eventos especificados en la carátula de la Póliza y durante la vigencia de la Póliza. Adicionalmente, en caso de especificarse en la carátula de la Póliza más de un Evento, para tener derecho al pago de la indemnización para las hospitalizaciones por otros eventos, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en carátula de la Póliza entre un Evento y la ocurrencia de los Eventos posteriores.

2.3.2 Periodo de Carencia

- a) Para esta cobertura aplica un Período de carencia en los términos definidos, el cual se indica en la carátula de la Póliza. Este periodo de carencia no aplicara si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica.

2.3.3 EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubre por Hospitalización derivada de:

- a) **Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos.**
- b) **Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio.**
- c) **Actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- d) **Culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes,**

- sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- e) **Conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no), siempre y cuando el asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en dichos actos.**
 - f) **Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
 - g) **Cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
 - h) **La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
 - i) **La práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
 - j) **Procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.**
 - k) **Cualquier hospitalización no prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.**
 - l) **Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.**
 - m) **Hospitalización para fines científicos o de prueba.**
 - n) **Embarazo, parto o aborto y cualquier tipo de complicación durante y a consecuencia del embarazo.**
 - o) **Hospitalizaciones que no cumplan con el periodo mínimo, continuo e ininterrumpido de días especificado en la carátula de la Póliza.**

2.3.4 Documentos para la comprobación la Hospitalización

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado preferentemente IFE. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital.
6. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución.



La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la hospitalización, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

2.4 INDEMNIZACIÓN POR GRAVES ENFERMEDADES

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

2.4.1 INFARTO AL MIOCARDIO

a) Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la ocurrencia del evento, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

La muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco a consecuencia de la interrupción súbita del suministro sanguíneo.

Es necesario que el infarto al miocardio ocurra dentro de la vigencia de la póliza y que su diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Cardiólogo o Internista) acompañado de los siguientes estudios:

a) Electrocardiograma con la aparición de alteraciones en el segmento ST (Elevación o depresión del Segmento ST-T), inversión de la onda T y aparición de ondas Q patológicas.

b) Estudio de enzimas cardíacas, incluyendo CPK-MB y Troponinas con elevación por lo menos al doble de los valores considerados como normales.

La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertos.

c) Demostración

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los 14 días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas Q en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardíaca mostrados en los imágenes cardíacas 30 días después del procedimiento coronario.

2.4.2 ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

a) Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la práctica de la cirugía coronaria, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición



La intervención quirúrgica coronaria a través de una toracotomía y esternotomía para corregir el estrechamiento u obstrucción de una o más arterias coronarias con la inserción de un injerto de derivación de arteria coronaria.

c) Demostración

Se deberá proporcionar evidencia angiográfica preoperatoria con una obstrucción de las arterias coronarias con más del 50% y el procedimiento deberá ser considerado médicamente necesario según la consulta de un especialista cardiólogo.

Están excluidos los siguientes procedimientos: la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales. Y también está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

2.4.3 ACCIDENTE CEREBRO- VASCULAR

a) Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la ocurrencia del evento, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

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

c) Demostración

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

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

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

2.4.4 INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

a) Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la ocurrencia del evento, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones.

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

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

2.4.5 ESCLERORISIS MULTIPLE

a) Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, por la ocurrencia de la Enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo, confirma anomalías neurológicas moderadas persistentes, consistentes con un daño funcional, pero que no necesariamente llevan a que el Asegurado utilice una silla de ruedas en forma permanente.

b) Definición

Afección del sistema nervioso central que evoluciona por impulsos. La desmielinación progresiva de las neuronas conlleva a más o menos largo plazo trastornos neurológicos permanentes e invalidantes.

c) Demostración

Debe ser realizado un diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple por un neurólogo especialista, el cual cumpla con los dos siguientes criterios:

1. Existencia de un padecimiento neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora o sensorial; el cual debe haber persistido por un periodo mínimo y continuo de seis meses; y
2. El diagnóstico deberá también ser confirmado con investigaciones neurológicas objetivas, tales como punción lumbar, respuestas visuales provocadas, respuestas auditivas evocadas y evidencia por IRM de lesiones del sistema nervioso central.

Se excluyen otras causas de daño neurológico como Lupus Eritematoso Sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.

2.4.6 CÁNCER

a) Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a La Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

El cáncer es un tumor maligno caracterizado por un crecimiento y la diseminación incontrolable de células malignas con la destrucción del tejido normal. El término cáncer incluye leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin's. El cáncer deberá requerir tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia.

c) Demostración

Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico válido y aprobado por el especialista.

Se excluye lo siguiente:

- a) **Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.**
- b) **Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ.**
- c) **Policitemia Vera.**
- d) **Trombocitemia Esencial.**
- e) **Todos los cánceres cutáneos, no melanoma.**
- f) **Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado mayor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase T2NOMO según la clasificación de AJCC* Séptima Edición Clasificación TMN**.**
- g) **Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**
- h) **Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm. según la clasificación de Breslow.**
- i) **El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la Séptima Edición de AJCC Clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis.**
- j) **Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la Séptima Edición de AJCC Clasificación TMN como Ta o una clasificación equivalente, siempre y cuando no exista metástasis.**
- k) **Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) con clasificación menor de la Etapa 3 en la prueba de RAI.**
- l) **Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del periodo de espera de clasificación.**



* AJCC = American Joint Committee on Cancer (Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer): Es la organización más conocida para definir y popularizar las normas de

las etapas del cáncer.

** 7ª Edición de la Clasificación TNM de Tumores Malignos de la American Joint Committee on Cancer (AJCC):

Es un sistema de estadificación o clasificación de acuerdo a la extensión y gravedad de una enfermedad tumoral maligna, donde:

T = Tumor primario (tamaño o extensión)

N = Nódulos linfáticos de la región afectados por diseminación de células cancerosas.

M = Metástasis o diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo.

2.4.7 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia en los términos definidos, el cual se indica en la carátula de la Póliza. Dicho periodo no aplica tratándose de Urgencia Médica.

2.4.8 EXCLUSIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR GRAVES ENFERMEDADES

- a) **Padecimientos preexistentes por enfermedades ocurridas antes de la fecha de inicio del seguro y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.**
- b) **Enfermedades que son consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- c) **Enfermedades que son consecuencia por la participación directa del Asegurado en o que surjan de: actos de guerra, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
- d) **Enfermedades que son consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear.**
- e) **Enfermedades que son consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.**

- f) Enfermedades ocasionadas por participar el Asegurado en actividades de alto riesgo tales como el manejo de explosivos y de armas de fuego.**
- g) Enfermedades ocurridas como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña.**
- h) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.**

2.4.9 Documentos para la comprobación de la Enfermedad Grave

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial preferentemente IFE. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Documentos que acrediten la enfermedad grave en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para Diagnosticar la enfermedad grave, emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.
6. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de la enfermedad grave, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

3. DISPOSICIONES GENERALES

3.1 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Esta Póliza podrá ser modificada mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable.



3.2 PERÍODO DE COBERTURA

La vigencia de las coberturas contratadas inicia y termina en las fechas señaladas en la carátula de la Póliza correspondiente. Asimismo, el seguro también podrá terminar al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) A la muerte del Asegurado.
- b) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación automática, no proceda ésta, por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación.
- c) Por falta de pago de la prima correspondiente a la Póliza, habiendo transcurrido el Periodo de Gracia.

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

En términos del artículo 50, fracción IV de la Ley sobre el Contrato de Seguro, La Compañía renuncia expresamente a su derecho de rescindir el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones del Asegurado.

3.4 FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondan para cada cobertura contratada, en una sola exhibición previa comprobación del siniestro de que se trate. Si falleciere el Asegurado, La Compañía liquidará cualquier adeudo procedente a la sucesión del Asegurado.

3.5 AVISO DE SINIESTRO

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

3.6 EDADES DE CONTRATACIÓN

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

La edad mínima de contratación, la edad máxima de contratación y la edad máxima de renovación, son las que se indican en la carátula de la Póliza.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la parte no devengada de la prima en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la Compañía estará



obligada a reembolsar la diferencia entre la prima existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- d. Si con posterioridad a la ocurrencia del evento se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 172 de la Ley).

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

3.7 PRIMAS

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

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

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

3.8 PERIODO DE GRACIA

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

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

3.9 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el Asegurado debe proporcionar a La Compañía, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del evento, salvo en caso de fuerza mayor,



caso fortuito o imposibilidad de hecho, debiendo proporcionarla tan pronto desaparezca el impedimento.

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

3.10 MONEDA DEL CONTRATO

Los pagos que el Contratante y/o Asegurado y La Compañía deban hacer en términos de esta Póliza, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

3.11 NOTIFICACIONES

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

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

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

3.12 PRESCRIPCIÓN

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

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

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

3.13 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El Contrato de Seguro se renovará automáticamente, una vez transcurrido el periodo de vigencia mediante endosos, salvo que el Contratante o la Compañía manifiesten expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura, cuando menos con veinte días hábiles antes del vencimiento del Contrato. La renovación se llevará a cabo en las mismas condiciones contratadas, a partir de la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro, siempre que la edad del Asegurado se encuentre dentro de los límites de edades de aceptación definidos por la Compañía. La prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente y su monto se hará del



conocimiento del Contratante con al menos treinta días hábiles de anticipación a la renovación del Contrato de Seguro.

En caso de renovación no aplica el periodo de carencia indicado en la carátula de la Póliza.

3.14 COMPETENCIA

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

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

3.15 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, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora, de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

3.16 REHABILITACIÓN

Si después de transcurrido el periodo de gracia no se ha podido hacer el cargo de la prima correspondiente a la cuenta del Contratante o Asegurado por no contar con los fondos o línea de crédito suficientes, la Póliza quedará cancelada y ésta podrá rehabilitarse en forma automática dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del periodo de gracia, en cuanto la cuenta tenga los fondos o línea de crédito suficientes para hacer los cargos correspondientes. En caso de ocurrir un siniestro dentro del periodo en descubierto La Compañía no estará obligada a su pago.

3.17 DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el Contratante, en el domicilio de La Compañía.



El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del Contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante.

3.18 COMISIONES O COMPENSACIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

3.19 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y/o al Contratante los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
3. A través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

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

Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono _____; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.



3.20 ENDOSO DE TERMINACIÓN Y EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA POR ACTIVIDADES ILÍCITAS.

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la póliza de Seguro con número: <<NÚMERO DE PÓLIZA>> a nombre de <<Nombre del Contratante>>, cuya vigencia es del <<INICIO VIGENCIA>> al <<FIN VIGENCIA>>, teniendo prelación sobre las condiciones generales en todo cuanto sean opuestas.

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

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

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

EXCLUSIÓN OFAC

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

FECHA DE ELABORACION:

Funcionario Autorizado

Este seguro cuenta con el número de registro CGEN-S0104-0154-2014 /CONDUSEF- G-00882-001del 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)



3.21 DATOS PERSONALES

Para la ejecución del objeto del presente contrato, las partes se obligan a cumplir con lo establecido en la **LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES**.

“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 Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 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.bnpparibascardif.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 01 800 999 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 05 de noviembre de 2014, con el número *CNSF-S0104-0469-2014* y modificado con los Registros Especiales RESP-S0104-0040-2015 de fecha 23 de marzo de 2015, RESP-S0104-0163-2016 de fecha 15 de junio de 2016 y RESP-S0104-0499-2015 de fecha 26 de mayo de 2015. Con condiciones CGEN-S0104-0154-2014 de fecha 24 de septiembre de 2014”

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

<p>REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.</p>	<p>Artículo 72.-</p>	<p>Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.</p>
<p>LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO</p>	<p>Artículo 25.-</p>	<p>Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.</p>
	<p>Artículo 50.-</p>	<p>A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos: I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración; II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado; III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado; IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa; V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.</p>
	<p>Artículo 69.-</p>	<p>La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.</p>
	<p>Artículo 71.-</p>	<p>El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación</p>
	<p>Artículo 81.-</p>	<p>Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.</p>

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

	Artículo 82.-	El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
	Artículo 84.-	Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.
	Artículo 172.-	<p>Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <p>I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</p> <p>II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;</p> <p>III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y</p>

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

		<p>IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>
<p>LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS</p>	<p>Artículo 50 Bis.-</p>	<p>Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:</p> <p>I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;</p> <p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y</p> <p>V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.</p> <p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p>

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

		<p>Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>
	<p>Artículo 65.-</p>	<p>Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>
	<p>Artículo 66.-</p>	<p>La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.</p>
<p>LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS</p>	<p>Artículo 202.-</p>	<p>Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se</p>

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

		<p>refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.</p>
	<p>Artículo 276.-</p>	<p>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.</p>

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

		<p>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 dicte 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 el 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.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

	<p>Artículo 277.-</p>	<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p> <p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p> <p>Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.</p> <p>La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.</p>
--	------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas se transcribe el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas

LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES	Artículo 29.-	La solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición deberá contener y acompañar lo siguiente: I. El nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud; II. Los documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del titular; III. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados, y IV. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.
--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0469-2012 /CONDUSEF-002847-01 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)



Forma de Pago:		Periodo de Gracia:	
Límites mínimos y máximos de edad para la contratación del seguro y para la renovación:			
<p>Esta póliza no aplica para aquellas personas que tengan cualquiera de las siguientes ocupaciones: policía, agente secreto, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador, deportistas profesionales, operador de maquinaria pesada y trabajadores de plantas nucleares.</p> <p>ADVERTENCIA: En este seguro, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante.</p>			
<p>Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente a las coberturas contratadas de conformidad con las declaraciones del Contratante y/o el Asegurado y con sujeción a las condiciones generales, particulares, cláusulas del Contrato de Seguro, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la indemnización respectiva.</p>			
En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma la presente póliza en Ciudad de México, el día:		Funcionario Autorizado:	

“Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

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

“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 Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 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.bnpparibascardif.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 01 800 999 8080 o correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef”



Se informa al Contratante que cualquier trámite que necesite realizar en relación con su seguro, lo podrá hacer en nuestras oficinas ubicadas en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec dentro del siguiente horario de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas.

“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 05 de noviembre de 2014, con el número CNSF-S0104-0469-2014 y modificado con los Registros Especiales RESP-S0104-0040-2015 de fecha 23 de marzo de 2015, RESP-S0104-0163-2016 de fecha 15 de junio de 2016 y RESP-S0104-0499-2015 de fecha 26 de mayo de 2015. Con condiciones CGEN-S0104-0154-2014 de fecha 24 de septiembre de 2014”

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0469-2014/CONDUSEF-002847-01 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).

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. y/o Cardif Servicios, S.A. de C.V., sociedades debidamente constituidas de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, ubicadas en **Avenida Paseo de las Palmas 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 en México, Distrito Federal**, conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo (en lo sucesivo y conjuntamente denominadas “Cardif”), ponen a su disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la “Ley”).

Le damos a conocer, de manera enunciativa, más no limitativa, algunos de los datos personales que podemos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna, con la finalidad de llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio, así como cualquier actividad derivada de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif: (1) **datos de identificación**, tales como nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, registro federal de contribuyentes, teléfono(s) y correo electrónico; (2) **datos personales sensibles** en términos de la Ley, tales como datos sobre su estado de salud pasado, presente o futuro, origen racial o étnico, datos sobre enfermedades congénitas o crónicas y condiciones y causales del siniestro; (3) **datos financieros y patrimoniales**, tales como número de tarjeta de crédito y/o débito, condiciones y línea de crédito, ingresos y salario; entre otros.

Las **finalidades** de obtener sus datos personales son: (1) evaluación del riesgo propuesto; (2) cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente o que llegare a

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

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



existir entre usted y Cardif; (3) cumplimiento de las obligaciones legales que le derivan a Cardif, así como de las políticas y procedimientos internos; (4) identificación; (5) operación, gestión y administración de los productos y servicios que usted tiene contratados o que llegare a contratar con Cardif; (6) atención de cualquier consulta, duda, aclaración o queja; (7) otorgamiento de beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; y (8) cualquier otro fin similar o análogo a los antes mencionados.

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

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

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

Para **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición**, así como para **limitar el uso y divulgación de sus datos personales**, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado; y/o (2) hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico a la siguiente dirección sac_mx@cardif.com.mx; y/o (3) contactarnos vía telefónica al número [_____]

En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y no se manifieste en contrario, consiente que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo acepta que el uso abarca cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades antes mencionadas. Lo anterior, ya sea que sus datos personales hubieren sido proporcionados o llegaren a ser proporcionados directamente por usted o a través de agentes, promotores comisionistas, socios comerciales, prestadores de servicios o cualquier otro tercero, hayan sido éstos obtenidos por cualquier medio, ya sea electrónico, óptico, sonoro, audiovisual, o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que Cardif llegue a contar. En caso de que usted nos llegare a proporcionar datos personales de terceros, usted se obliga en este acto a informar a dichos terceros a cerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de éste Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Cardif se reserva el derecho de **cambiar en cualquier momento este Aviso de Privacidad**, por lo que recomendamos monitorearlo regularmente. En caso de que existiere algún cambio, lo haremos extensivo para usted por medio de: (1) una publicación visible en nuestro portal de internet; y/o (2) un aviso en un periódico de circulación nacional; y/o (3) por cualquier otro medio que a discreción de Cardif se considere como idóneo.

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

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

¿Conoces tus **derechos** antes y durante la contratación de un **Seguro**?



Cuando se contrata un seguro es muy común que se desconozcan los derechos que tienes como asegurado antes, durante y después de la contratación, así como de lo que se tiene que hacer en caso de ocurrir algún siniestro



Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene seguro contratado, podrás evitar imprevistos y estarás mejor protegido.

¿Cómo saber cuáles son tus derechos **al contratar un seguro**?

Es muy fácil....

Como contratante tienes derechos **antes** y **durante la contratación** del Seguro:

- ❖ Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que los acredita para ejercer como tal.
- ❖ Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- ❖ Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bnpparibascardif.com.mx, o en cualquiera de nuestras oficinas.
- ❖ Si te prácticas un examen médico para la contratación de tu seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.

En caso de que ocurra el **siniestro** tienes derecho a:

- ❖ Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tú póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo, es decir cuentas con 30 días naturales a partir la fecha de inicio de vigencia de la póliza o endoso, en los términos de la cláusula respectiva contenida en el contrato de seguro.
- ❖ Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora, en caso de retraso en el pago de la suma asegurada, de acuerdo con lo previsto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje, de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección

y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en el Distrito Federal y su Área Metropolitana el 4123-0400 y desde el Interior de la República el 01800-522-0983.

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 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.bnpparibascardif.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 01 800 999 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 05 de noviembre de 2014, con el número CNSF-S0104-0469-2014 y modificado con los Registros Especiales RESP-S0104-0040-2015 de fecha 23 de marzo de 2015, RESP-S0104-0163-2016 de fecha 15 de junio de 2016 y RESP-S0104-0499-2015 de fecha 26 de mayo de 2015. Con condiciones CGEN-S0104-0154-2014 de fecha 24 de septiembre de 2014”

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0469-2014/CONDUSEF-002847-01 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).

Derechos como **contratante, asegurado y/o beneficiario de un **Seguro de Accidentes y Enfermedades.****

