



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES



Contenido

1.	DEFINICIONES	3
2.	COBERTURAS	5
2.1	MUERTE ACCIDENTAL.....	5
2.1.1	Exclusiones.....	5
2.1.2	Documentos para la comprobación de la cobertura de Muerte Accidental.....	6
2.2	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE, O DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD	6
2.2.1	Descripción de la cobertura	7
2.2.2	Periodo de espera	7
2.2.3	Periodo de carencia	7
2.2.4	Exclusiones.....	7
2.2.5	Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente	8
2.3	REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	9
2.3.1	Exclusiones.....	10
2.3.2	Documentos para tramitar el Reembolso de Gastos Médicos	11
3.	DISPOSICIONES GENERALES.....	12
3.1	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	12
3.2	PERÍODO DE COBERTURA.....	12
3.3	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	12
3.4	FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA	13
3.5	AVISO DE SINIESTRO.....	13
3.6	EDADES DE CONTRATACIÓN	13
3.7	PRIMAS.....	14
3.8	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	15
3.9	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	16
3.10	MONEDA DEL CONTRATO	16
3.11	NOTIFICACIONES.....	16
3.12	PRESCRIPCIÓN.....	16
3.13	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	17
3.14	COMPETENCIA.....	17
3.15	INDEMNIZACIÓN POR MORA	18
3.16	REHABILITACIÓN.....	18
3.17	DUPLICADO DE PÓLIZA.....	18
3.18	COMISIONES O COMPENSACIONES	18
3.19	OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	18
3.20	REGISTRO DE ASEGURADOS	19
3.21	INGRESOS.....	19
3.22	BAJAS	20
3.23	ENTREGA DE LA DOCUMENTACION CONTRACTUAL	20
3.24	DATOS PERSONALES	21

CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V. en adelante la COMPAÑIA, 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 el certificado individual con tal carácter, y que es cubierto por los riesgos contratados y amparados en estas condiciones generales en los términos estipulados en la descripción de cada cobertura.

Beneficio. Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado o Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

Beneficiario. La persona física y/o moral indicada en el Certificado Individual que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.

Contratante. Es la persona física o moral, responsable de realizar el pago de la prima.

Deducible. Participación del Asegurado en el monto de la reclamación.

Enfermedad. Alteración de la salud del Asegurado por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Evento. Cada una de las enfermedades y/o accidentes amparados en la Póliza.

Exclusiones. Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas.

Fecha de Inicio de Vigencia. Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza y/o certificado 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 fecha del alta del certificado:

- a) Se haya declarado su existencia, o
- b) El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un

tratamiento médico, o

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

Para resolver la procedencia de la reclamación, 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.

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.

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

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 aplicable será el establecido en la cobertura correspondiente y se especificará en la carátula de la póliza y certificado individual.

Periodo de Carencia. Es el periodo que deberá transcurrir a partir de la fecha de alta del certificado individual a la Póliza, para que el Asegurado se encuentre cubierto. En caso de ser aplicable, el periodo de carencia será establecido en la carátula de la póliza y certificado individual.

Póliza y/o Contrato. Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, 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 o beneficio. Es la cantidad o cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas por la que tendrá responsabilidad la Compañía en caso de proceder la reclamación.



Vigencia. Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

2. COBERTURAS

La presente Póliza está integrada por las coberturas contratadas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza y en el certificado individual correspondiente. El beneficio para cada cobertura contratada será el señalado en la carátula de la póliza y/o certificado, de acuerdo a lo siguiente:

2.1 MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia de lesiones, originadas directa e inmediatamente por un Accidente ocurrido durante la Vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente.

2.1.1 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado, ocurrido o provocado por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por culpa grave 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.**
- b) Por participar directamente en o derivado de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
- c) Por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- d) Por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- e) Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña, siempre que el Asegurado sea el provocador,**
- f) Por la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- g) Al encontrarse en vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que**



no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares.

- h) Como consecuencia de un Accidente de tránsito no reportado a las autoridades, en su caso.**
- i) Suicidio.**

2.1.2 Documentos para la comprobación de la cobertura de Muerte Accidental

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
3. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público o autoridad que corresponda, incluyendo, en su caso, estudios de alcoholemia y toxicología.
5. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado;
8. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del (los) Beneficiario(s). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
9. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s).

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. De conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

2.2 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE, O DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

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

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

Pérdida de una mano: Su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

2.2.1 Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado caiga en estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente, o de un accidente o enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la póliza y el certificado individual correspondiente, durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al mismo o a los beneficiarios, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y que se estipula en dicha carátula y certificado individual. En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de una Enfermedad, aplicará un periodo de carencia que se especificará en la carátula de la póliza y certificado individual.

Para determinar este estado, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado de “Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente”, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, que no sean familiares del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar dicha invalidez total y permanente. En caso de controversia dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del presente contrato de seguro.

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

2.2.2 Periodo de espera

Para esta cobertura aplica un Periodo de espera el cual se indica en la carátula de la póliza y Certificado Individual, y será, contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

2.2.3 Periodo de carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia para enfermedades, el cual se indica en la carátula de la póliza y Certificado Individual, y será, contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

2.2.4 Exclusiones

La Compañía no pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de:

a) Intento de suicidio del Asegurado.



- b) Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante cualquier procedimiento quirúrgico, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.**
- c) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- d) Actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares o la participación directa del asegurado en actos de terrorismo.**
- e) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- f) El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- g) Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
- h) La participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- i) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o cirugías elegidas voluntariamente por el Asegurado.**
- j) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.**
- k) Padecimientos preexistentes, en los términos definidos.**

2.2.5 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. Dictamen Médico que acredite la Invalidez Total y Permanente, emitido por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, emitido por alguna institución de seguridad social.

3. Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude a comprobar la Invalidez Total y Permanente.
4. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.

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

2.3 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si como consecuencia directa de una enfermedad o accidente y dentro de los 10 días siguientes a su ocurrencia, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, y cuando éstos son proporcionados por instituciones o médicos autorizados por la ley para ejercer estas actividades; la Compañía reembolsará el monto de los gastos médicos previa comprobación, siempre que el importe de éstos exceda el deducible contratado que se especificará en la carátula de la póliza y certificado. Dicho deducible sólo será aplicable tratándose de reembolso de gastos médicos por enfermedad. Los gastos cubiertos se reembolsarán a partir de la primera erogación efectuada por el Asegurado y sin que en ningún caso exceda de la suma asegurada contratada, que se especificará en la carátula de la póliza y certificado.

Gastos médicos cubiertos:

1. Los honorarios médicos y / o consultas médicas. Dentro de este concepto se incluyen los honorarios para brindar toda la atención a los asegurados de cirujanos y anestesistas, asistentes médicos e instrumentistas
2. Gastos de hospital: costo de una habitación privada estándar, con cuarto de baño y los alimentos, así como los medicamentos del asegurado.
3. Gastos de sala de recuperación.
4. Gastos de anestesia.
5. Honorarios de Enfermeras, prescritos por el médico, con un máximo de 3 (tres) turnos por día, de 8 (ocho) horas por turno. Si es contratado fuera de un hospital se pagará por un máximo de 30 (treinta) días.
6. Medicamentos y medicina adquiridos fuera del hospital o sanatorio, siempre y cuando sean recetados por los médicos y se acompañe el recibo original de la farmacia con la receta correspondiente.
7. Los análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía o cualquier otro tipo de estudios, esenciales para el diagnóstico y tratamiento.
8. Las transfusiones de sangre, las aplicaciones de plasma, sueros y otras sustancias similares.
9. Los gastos incurridos por el consumo de oxígeno.
10. Los gastos por tratamientos de radioterapia y la terapia física.
11. Los gastos originados por prótesis, prescritas por uno de los médicos que asisten, estarán cubiertos hasta un máximo de 10% de la suma asegurada contratada.
12. Los gastos de ambulancia para traslado de los asegurados se pagarán hasta un máximo del 5% de la cantidad asegurada contratada para esta cobertura.
13. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico, siempre que estén recomendados por uno de los médicos tratantes.
14. El costo de la cama extra para un acompañante del asegurado durante su internación en un sanatorio u hospital.



15. En todos los casos en los que en las facturas se incluya el impuesto al valor agregado (IVA), el reembolso deberá incluir dicho impuesto. Se excluye cualquier otro tipo de impuesto o cargo.

2.3.1 Exclusiones

La aseguradora no reembolsará, cuando los gastos médicos se deriven o sean a consecuencia de lo siguiente:

- a) Padecimientos Preexistentes.**
- b) Intento de suicidio.**
- c) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el complejo sintomático Relacionado con el sida (crs), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas al virus VIH positivo.**
- d) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- e) Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
- f) Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, demencia, depresión nerviosa cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.**
- g) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, obesidad o la estatura.**
- h) Tratamientos que resulten de alcoholismo, tabaquismo o toxicomanía.**
- i) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis, excepto si son a consecuencia de un accidente.**
- j) Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
- k) Neoplasias y / o condiciones congénitas.**
- l) Tratamiento dental, alveolar, gingival o maxilo facial, salvo las que resulten de un accidente cubierto.**
- m) Tratamiento o intervenciones quirúrgicas para curar el control de esterilidad, infertilidad o el nacimiento, embarazo, parto, posparto, tratamientos de abortos, intervenciones quirúrgicas o tratamientos o métodos para el control de la natalidad y sus complicaciones.**
- n) Trastornos de la alimentación, el lenguaje y el aprendizaje y trastornos del sueño.**
- o) Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, tratamiento o cirugía para corregir la hipermetropía, la miopía, astigmatismo, estrabismo o errores de refracción.**
- p) Compra de Audífonos.**



- q) Tratamiento o cirugía estética o plástica, reconstructiva, excepto los que son esenciales para restaurar la función de un órgano o miembro como resultado de un accidente o enfermedad cubierta.
- r) Los tratamientos experimentales o de investigación.
- s) Tratamientos con hipnosis
- t) Tratamiento de lesiones pigmentadas de la piel conocida como lunares o nevus.
- u) Tratamiento debido a las infecciones, a menos que sean consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.
- v) Tratamientos causados por cualquier condición que resulta de la radiación nuclear o atómica.
- w) Hernias, excepto si fueron causadas por un accidente cubierto.
- x) Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, lesiones, enfermedades o intervenciones específicamente excluidas en la póliza.

2.3.2 Documentos para tramitar el Reembolso de Gastos Médicos

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

1. Original de los comprobantes de pago (facturas y/o recibos de honorarios) a nombre del Asegurado, las facturas de farmacia deberán acompañarse con las recetas de los médicos que prescriben, de igual forma estudios de laboratorio o gabinete, patología, imagenología, etc. En estos últimos deberá anexar los resultados e interpretación.
2. Todos los recibos y facturas deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes y contar con el desglose por monto y concepto.
3. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
4. Solicite a su médico que anexe su historial clínico, en caso de hospitalización obtenga fotocopia de su expediente clínico y anéxelo a sus facturas.
5. Toda su documentación se someterá a un análisis, dictamen administrativo y médico, en caso de que proceda, se le reembolsarán sus gastos de acuerdo a lo contratado, previa aplicación del deducible.
6. Cuando presente gastos y exista el antecedente de un gasto procedente ya reclamado, mencione el número de siniestro asignado. En este caso, no se aplicará a su reembolso el concepto de deducible.
7. Si recibe atención médica de diferentes especialistas en el mismo tratamiento médico, solicite a cada uno que llene un formato de "Informe Médico". En el caso de los medicamentos, las facturas de farmacia deberá ser acompañadas de la receta médica correspondiente (original).
8. Facturas originales de otros servicios (de laboratorio y / o gabinete, etc.), con los requisitos fiscales vigentes y con los gastos detallados.
9. Facturas de hospital originales con los requisitos fiscales actuales y con los gastos detallados.
10. Recibos de honorarios médicos y / o quirúrgicos especificando el concepto del pago.
11. Los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete que se han hecho con su interpretación (original).

No se aceptarán pagos a establecimientos oficiales o instituciones de beneficencia donde no se exige remuneración.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva, de conformidad con 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. Este derecho se hace extensivo para el contratante.

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

3.2 PERÍODO DE COBERTURA

La cobertura de este seguro para cada Asegurado iniciará en la hora y fecha señaladas en el certificado individual respectivo y terminará a las 12:00 horas de la fecha señalada en la carátula de la Póliza respectiva. Asimismo, el seguro también podrá terminar al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

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

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de solicitar su incorporación a la colectividad asegurada.

Cualquiera omisión o inexacta declaración en relación con lo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Certificado Individual respectivo, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Esta cláusula sólo será aplicable cuando el Asegurado, por haber dado su consentimiento 30 días después de la fecha en que adquirió el derecho de formar parte de la colectividad asegurada, la Compañía le exija requisitos de asegurabilidad.

3.4 FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a esta Póliza, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites especificados en la carátula de la Póliza y certificado individual, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido los informes y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Si falleciere el Asegurado, la Compañía liquidará cualquier adeudo procedente al o a los Beneficiarios designados por el Asegurado, que aparecen en la carátula de la Póliza.

3.5 AVISO DE SINIESTRO

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

3.6 EDADES DE CONTRATACIÓN

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la Fecha de Alta del Certificado Individual y las subsecuentes renovaciones.

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

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real en la fecha de su contratación, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la reserva matemática que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la Fecha de Alta del Certificado Individual;
- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha de Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad del Asegurado manifestada en el Certificado Individual y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

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

3.7 PRIMAS

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

La Prima vence respecto de cada uno de los Asegurados en la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla. En caso de la realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro;

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

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

3.8 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando existan varios Beneficiarios, al fallecer alguno de ellos su porción acrecentará la de los demás en partes iguales, a menos que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

En caso el de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente a causa de un Accidente, o de un Accidente o Enfermedad; Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o por Accidente o Enfermedad; Pérdidas Orgánicas por Accidente; Reembolso de Gastos Médicos; Rotura de Huesos y Cirugía, el beneficiario será el propio Asegurado.

3.9 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en la moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

En caso de que el Asegurado haya realizado pagos en moneda extranjera, la Compañía los reembolsará en el equivalente en moneda nacional conforme al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera dentro de los Estados Unidos Mexicanos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectuó el 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

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

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

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

3.13 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía podrá proceder a renovar anualmente la misma en forma automática, hasta el aniversario en que el Asegurado alcance la edad especificada en la carátula de la póliza para este efecto, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente.

El pago de la Prima será acreditado con el recibo correspondiente o el estado de cuenta o el comprobante que refleje su cargo a la cuenta bancaria del Contratante y/o del Asegurado, y se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de las partes para llevar a cabo la renovación de la Póliza.

En cada renovación se aplicarán las condiciones generales y Primas vigentes al momento de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de las dichas 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 por el Asegurado o, en su caso, por los beneficiarios, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o a los beneficiarios o al tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

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 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento del Seguro de Grupo para

la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, el Contratante se obliga a lo siguiente:

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

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

3.20 REGISTRO DE ASEGURADOS

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

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

3.21 INGRESOS

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

3.22 BAJAS

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez el Certificado Individual respectivo.

En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

3.23 ENTREGA DE LA DOCUMENTACION CONTRACTUAL

De conformidad con lo dispuesto por la Circular Única emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se hace del conocimiento del Asegurado que la Compañía se obliga a entregar al Asegurado, la Póliza y demás documentos en donde consten los derechos y obligaciones que les derivan a las partes de este contrato de seguro, a través de cualquiera de los siguientes medios:

- De manera personal, al momento de contratar este seguro;
- Por envío a domicilio, por los medios que la Compañía considere convenientes para tales efectos; o
- A través de medios electrónicos;

En caso de que el Asegurado no recibiere los documentos a que se refiere el primer párrafo de esta cláusula, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a haber contratado la Póliza, deberá comunicarse a los números telefónicos de atención a clientes que la Compañía le haya informado en el momento de la contratación del seguro, con la finalidad de obtener dicha documentación mediante el uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles.

Para cancelar la Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado, deberá comunicarse a los números telefónicos que la Compañía le(s) haya informado en el momento de la contratación del seguro.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

3.24 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**.

“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 19 de Mayo de 2014, con el número PPAQ-S0104-0032-2014 y modificadas con el Registro Especial RESP-S0104-0040-2015 de fecha 23 de marzo de 2015”

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, 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 revolving, ingresos y salario; entre otros.

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

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

extensivos a usted al momento de ingresar su solicitud, o que podrá consultar en cualquier momento en www.bnpparibascardif.com.mx

Para **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición**, así como para **limitar el uso y divulgación de sus datos personales**, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado; y/o (2) hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico a la siguiente dirección sac_mx@cardif.com.mx; y/o (3) contactarnos vía telefónica al número 01 800 522 0981.

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 acerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible.

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.

Allianz Global Assistance México

ASISTENCIA BANCO DEL BAJÍO

Condiciones
Generales



Global Assistance

Allianz 

How can we help?

Contenido

CONDICIONES GENERALES.....	2
ASISTENCIA BANCO DEL BAJÍO.....	2
1. Orientación médica telefónica	3
2. Envío de médico general a domicilio.....	3
3. Asistencia legal telefónica.....	4
4. Protección a Tarjeta de débito y/o Tarjeta de crédito	4
5. Asistencia Hogar	4
6. Ambulancia	5
7. Orientación telefónica veterinaria.....	5
8. Transmisión de mensajes urgentes.....	5
Exclusiones Generales	5

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA BANCO DEL BAJÍO

Usuario: Titular + Cónyuge + Hijo (3) menores de 25 años, quienes en su conjunto se referirán como Familia para efectos del presente programa.

Cobertura	Beneficio	Evento	Limite en MXN
Orientación Médica telefónica	<p>¿Cuándo aplica? Cuando el Usuario solicite la orientación médica telefónica sobre problemas menores, síntomas y molestias no consideradas como emergencia médica.</p> <p>¿Qué cubre? El costo de la llamada telefónica a través de la cual por el Equipo Médico de Allianz Global Assistance le aconsejará y asistirá de forma gratuita al Usuario sobre cuáles son las medidas que se deben tomar para atender los problemas menores, síntomas y molestias no consideradas como emergencia médica señaladas por Usuario. No se emitirá diagnóstico, ni tratamiento médico, ni receta de medicamentos.</p>	Ilimitada	Ilimitada
Envío de médico general a domicilio	<p>¿Cuándo aplica? Cuando el Usuario solicite la visita de un médico general por causa de una enfermedad presente que le impidan moverse de su ubicación (Ej. síntomas como fiebre, dolores en el cuerpo, lesiones por afección a la enfermedad, trastornos por afección a la enfermedad entre otros).</p> <p>¿Qué cubre? Este servicio cubre el costo del envío y la consulta de un médico general al domicilio del Usuario hasta el límite indicado en el plan de asistencias. Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año con cobertura en cualquier estado de la República Mexicana.</p>	1 evento por año por familia (no así por cada integrante de la Familia)	Incluye 1 evento al año por Familia hasta por \$600.00 MXN
Asistencia Legal Telefónica	<p>¿Cuándo aplica? Cuando el Usuario solicite la orientación legal telefónica, en caso de robo.</p> <p>¿Qué cubre? Por medio de una llamada telefónica se le orientará de cómo proceder para realizar la denuncia de robo, a que instancias gubernamentales deberá acudir (policía, agencia de Ministerio Público) según lo amerite cada caso, los documentos necesarios con los que deberá contar para levantar la denuncia de robo ante la autoridad competente, directorio y números de teléfono correspondientes de cada dependencia/agencia de Ministerio Público. No hay seguimiento del caso, no ampara proceso legal ante ninguna autoridad, no se proporciona asistencia presencial. Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.</p>	Ilimitada	Ilimitada
Protección Tarjeta de débito y/o Tarjeta de Crédito	<p>¿Cuándo aplica? Cuando el Titular sea víctima de robo o asalto, se le brindará la información necesaria requerida por las instituciones o compañías emisoras para el bloqueo de las tarjetas de crédito, débito o comerciales.</p> <p>¿Qué cubre? Por medio de una llamada telefónica se le orientará de cómo proceder para realizar el bloqueo de las tarjetas de crédito, débito o comerciales. No hay seguimiento del caso, no ampara proceso legal ante ninguna autoridad, no se proporciona asistencia presencial. Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.</p>	Ilimitada	Ilimitada

Asistencia Hogar	Gestión de Envío de: Plomero, Cerrajero, Electricista, Vidriero: Cuando así lo requiera el Usuario podrá comunicarse con el equipo de Allianz Global Assistance para que le ayuden a gestionar un servicio por Asistencia Hogar.	Ilimitada	Ilimitada (Costo lo absorbe el cliente)
	Gestión de Envío de: Albañil Cuando así lo requiera el Usuario podrá comunicarse con el equipo de Allianz Global Assistance para que le ayuden a gestionar un servicio por Asistencia Hogar.	Ilimitada	Ilimitada (Costo lo absorbe el cliente)
	Referencia telefónica de compañía de fletes y Mudanzas.	Ilimitada	Ilimitada
Envío de Ambulancia	¿Cuándo aplica? En caso de accidente o enfermedad grave que pongan en peligro la vida del Usuario se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano. ¿Qué cubre? Por medio de una llamada telefónica se gestionará el envío de una ambulancia terrestre para el traslado del Usuario al centro hospitalario público o privado más cercano y/o adecuado requerido. Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional. EL COSTO de la ambulancia lo absorbe el usuario	Ilimitada	Ilimitada (Costo lo absorbe el Usuario).
Orientación telefónica veterinaria	¿Cuándo aplica? Cuando el Usuario solicite la orientación veterinaria a consecuencia de dudas acerca de la atención y salud de sus mascotas, (solo gatos y perros). ¿Qué cubre? Por medio de una llamada telefónica se le aconsejará y asistirá de forma gratuita al Usuario información sobre cuidados generales de los animales de compañía (gatos y perros); orientación sobre medidas que se deben tomar para problemas menores (situaciones no consideradas como emergencia), síntomas y molestias presentados por las mascotas . No se emitirá diagnóstico, ni tratamiento médico, ni receta de medicamentos.	Ilimitada	Ilimitada
Transmisión de mensajes urgentes	¿Cuándo aplica? Cuando el usuario requiera transmitir un mensaje urgente podrá comunicarse con Allianz Global Assistance para brindarle el servicio. ¿Qué cubre? Allianz Global Assistance se encargará de transmitir los mensajes urgentes que desee el beneficiario en caso de emergencia.	Ilimitada	Ilimitada

1. Orientación médica telefónica

Cuando el Usuario solicite la orientación médica telefónica, no considerada como emergencia médica, el equipo de Allianz Global Assistance le orientará y asistirá al Usuario sobre cuáles son las medidas que se deben tomar, sobre problemas menores (situaciones no consideradas como emergencia), síntomas y molestias.

Bajo ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico, ni tratamiento médico, ni receta de medicamentos.

Este servicio es sin límite de eventos y se proporcionará las 24 horas del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

2. Envío de médico general a domicilio

Cuando el Usuario solicite el envío de un médico a domicilio por causa de una enfermedad presente que le impidan moverse de su ubicación (Ej. síntomas como fiebre, dolores en el cuerpo, lesiones por afección a la enfermedad, trastornos por afección a la enfermedad entre otros) el equipo de Allianz Global Assistance brindará al Usuario.

Este servicio está sujeto a disponibilidad de la red de médicos de Allianz Global Assistance.

Este servicio está limitado a 1 evento al año por Familia (no así por cada integrante de la Familia), hasta por \$600.00 (seiscientos pesos 00/100 M.N.), pagando el Usuario el excedente directamente a quien preste el servicio. Esta asistencia se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

3. Asistencia legal telefónica

Cuando el Usuario solicite la orientación legal telefónica, en caso de robo, por medio de una llamada telefónica se le orientará de cómo proceder para realizar la denuncia de robo, a que instancias gubernamentales deberá acudir (policía, agencia de Ministerio Público) según lo amerite cada caso, los documentos necesarios con los que deberá contar para levantar la denuncia de robo ante la autoridad competente, directorio y números de teléfono correspondientes de cada dependencia / agencia de Ministerio Público.

No hay seguimiento del caso, no ampara proceso legal ante ninguna autoridad, no se proporciona asistencia presencial.

Esta asistencia es ilimitada y se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

4. Protección a Tarjeta de débito y/o Tarjeta de crédito

Cuando el Titular solicite la orientación legal telefónica en caso de robo, asalto o extravío de tarjetas de crédito o débito, se le brindará la información necesaria requerida por las instituciones o compañías emisoras para el bloqueo de las tarjetas de crédito, débito o comerciales.

No hay seguimiento del caso, no ampara proceso legal ante ninguna autoridad, no se proporciona asistencia presencial.

Esta asistencia es ilimitada y se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

5. Asistencia Hogar

Los siguientes servicios se gestionaran con pago directo al proveedor a cargo del Usuario aplicando para casa-habitación, y se proporcionarán a Nivel Nacional en los tiempos y horarios establecidos por cada proveedor con los que Allianz Global Assistance tiene convenio.

- **Plomería**

Cuando el Usuario solicite un servicio de Plomería en tuberías fijas rotas o con fugas que ocasionen daños a sus bienes; así como el destapado de lavabos, fregaderos y tarjas.

El servicio incluye:

Atención por técnicos especializados, para reparaciones de urgencia dentro de la vivienda, por Derrames de agua / Plomería.

Los Usuarios del servicio deberán demostrar ser propietarios de la vivienda en la que se hará la reparación.

Allianz Global Assistance no será responsable, por omisiones del técnico especializado ni del Usuario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Este servicio está sujeto a disponibilidad de la red de proveedores Allianz Global Assistance.

- **Cerrajería**

Cuando el Usuario solicite un servicio por Descomposturas de Cerraduras / Cerrajería debido a que haya quedado inservible por descompostura o accidente una chapa.

El servicio incluye:

Atención por técnicos especializados, por Descomposturas de Cerraduras / Cerrajería.

No se hará apertura de cerraduras eléctricas o con sistemas de seguridad.

Los Usuarios del servicio deberán demostrar ser los propietarios de la vivienda en la que se hará la reparación.

Allianz Global Assistance no será responsable, por omisiones del técnico especializado ni del Usuario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Este servicio está sujeto a disponibilidad de la red de proveedores de Allianz Global Assistance.

- **Electricidad**

Cuando el Usuario solicite un servicio de Electricidad en caso de falta de energía eléctrica en la vivienda.

El servicio incluye:

Atención por técnicos especializados, por Cortos Circuitos/ Electricidad hasta el límite indicado en su plan de asistencias.

Los Usuarios del servicio deberán demostrar ser los propietarios de la vivienda en la que se hará la reparación.

Allianz Global Assistance no será responsable, por omisiones del técnico especializado ni del Usuario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Este servicio está sujeto a disponibilidad de la red de proveedores de Allianz Global Assistance.

- **Cristales**

Cuando el Usuario solicite un servicio por rotura de cristales exteriores a causa de un accidente fortuito.

El servicio incluye: Atención por los técnicos especializados, por Cristales exteriores.

Los Usuarios del servicio deberán demostrar ser los propietarios de la vivienda en la que se hará la reparación.

Allianz Global Assistance no será responsable, por omisiones del técnico especializado ni del Usuario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Este servicio está sujeto a disponibilidad de la red de proveedores Allianz Global Assistance.

- **Albañilería**

Cuando el Usuario solicite un servicio del Albañilería por desperfectos a causa de un accidente fortuito.

El servicio incluye: Atención por los técnicos especializados, reparaciones de urgencia dentro de la vivienda hasta él.

Los Usuarios del servicio deberán demostrar ser los propietarios de la vivienda en la que se hará la reparación.

Allianz Global Assistance no será responsable, por omisiones del técnico especializado ni del Usuario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Este servicio está sujeto a disponibilidad de la red de proveedores Allianz Global Assistance.

- **Referencias telefónicas de fletes y mudanzas.**

Cuando el Usuario requiera referencias de fletes y mudanzas, se pondrá en contacto con el equipo de Allianz Global Assistance y éste le proporcionará las referencias de su red de proveedores a nivel nacional. Todos los costos derivados de esta cobertura serán cubiertos por el usuario directamente al proveedor. La llamada telefónica a través del cual el equipo de Allianz Global Assistance le brindará la referencia se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a nivel nacional y el servicio directo estará sujeto a disponibilidad y horarios de la red de proveedores para fletes y mudanzas.

6. Ambulancia

Cuando el Usuario solicite él envié de una ambulancia terrestre (urgencia) a causa de un accidente o enfermedad grave que pongan en peligro su vida, el equipo de Allianz Global Assistance gestionará, evaluará y determinará si él envié de la ambulancia es necesaria.

Este beneficio no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

La solicitud de esta asistencia es ilimitada, el costo lo absorbe el Usuario directamente al proveedor del servicio y se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

7. Orientación telefónica veterinaria

Cuando el Usuario solicite la orientación veterinaria a consecuencia de dudas acerca de la atención y salud de sus mascotas, (solo gatos y perros), el equipo de Allianz Global Assistance le orientará y asistirá de forma gratuita al Usuario sobre cuidados generales de los animales de compañía (gatos y perros); orientación sobre medidas que se deben tomar para problemas menores (situaciones no consideradas como emergencia), síntomas y molestias presentados por las mascotas.

Bajo ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico, ni tratamiento médico, ni receta de medicamentos.

Esta asistencia es ilimitada y se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

8. Transmisión de mensajes urgentes

Cuando el Usuario solicite la transmisión de mensajes urgentes derivados de una situación de emergencia, esto será por medio telefónico a la persona a contactar que indique el Usuario. En caso de no encontrar a la persona en cuestión, se volverán a realizar intentos adicionales y el equipo de Allianz Global Assistance se comunicará con el Usuario indicando si ya fue transmitido el mensaje urgente a la persona que se le indicó.

Esta asistencia es ilimitada y se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año a Nivel Nacional.

Exclusiones Generales

Serán causas excluyentes de los servicios de asistencia, las siguientes:

- Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia.
- Cuando el Usuario no acredite su personalidad como derechohabiente del servicio de asistencia.
- Cuando el Usuario incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las condiciones generales.
- Allianz Global Assistance no será responsable de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas especiales del lugar en que deban prestarse los servicios de asistencia.
- Allianz Global Assistance será responsable por la prestación de los servicios de los proveedores terceros (contratistas) de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones generales.
- También quedan excluidos los servicios cuando sean derivación directa o indirecta de:
 - a) Huelgas, guerra, invasión de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - b) Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
 - c) Efectos patológicos, por el consumo en cualquier forma de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales ingeridos en exceso (salvo prescripción médica) o ilegales.
 - d) Cualquier percance intencional.
- Exclusión para la asistencia de Asistencia Hogar:
 - a) No aplica el caso de que la casa habitación sea rentada por los usuarios. No aplicará la asistencia hogar para casos en donde el inmueble sea un local, bodega, oficina, comercio u otro giro diferente a casa habitación.
 - b) Quedan excluidas de la cobertura de asistencia vivienda; La reparación de averías o fallas de cualquier elemento ajeno a tuberías, llaves (grifos), puertas u otras instalaciones fijas de agua, así como los gastos y mano de obra por trabajos de albañilería necesarios para efectuar la reparación. Daños por filtración o humedad, aun cuando éstos sean consecuencia de la rotura de tuberías, llaves u otras instalaciones fijas de agua. La reposición de Aparatos sanitarios, calderas, calentadores, radiadores, aparatos de aire acondicionado y en general cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua.
 - c) Los gastos generados por la compra de cualquier clase de espejos, vidrios vencidos, vidrios blindados, puertas automáticas, audio aislantes o térmicos, y los daños que hayan sido a consecuencia de actos de terrorismo, motín, arreglos locativos, cambios en los diseños o especificaciones originales del edificio o local mencionado en el certificado.
 - d) El restablecimiento de energía cuando los cortes de la misma hayan sido producidos por las compañías eléctricas. La reparación de instrumentos y artefactos que funcionen por suministro eléctrico, la reposición de elementos propios de la iluminación, como lámparas, focos, bombillas o tubos fluorescentes, apagadores, enchufes y bombas eléctricas, así como las situaciones que deriven de deficiencias en la instalación eléctrica general del edificio o local.
 - e) La apertura, reparación y/o reposición de cualquier clase de cerraduras y/o puertas para el acceso directo a los bienes de uso común, en copropiedades, así como la reparación y/o reposición de puertas y/o accesorios como bisagras, brazos hidráulicos, motores, poleas malacates y la apertura, reparación y/o reposición de cerraduras de bienes muebles tales como guardarropas, alacenas u otros. Así como, la apertura de chapas de seguridad, guardas, chapas y pasadores de seguridad, tanto externa como interna, chapas para cualquier tipo de vehículo.