

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

DEFINICIONES GENERALES

Contrato

En términos de este producto, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante:

- Estas condiciones generales,
- La carátula de Póliza,
- La solicitud de seguro,
- Los certificados individuales,
- Las cláusulas adicionales, y
- Los endosos que se agreguen.

Cada una de las siguientes palabras y expresiones tendrán el siguiente significado:

Accidente: Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales en su persona.

Asegurado: Es la persona física que, a petición del Contratante, se encuentra cubierta al amparo de este contrato, cuya edad se encuentra dentro de los límites establecidos por la Compañía y que aparece identificada como tal en el Certificado Individual respectivo.

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.

Beneficiario Irrevocable: Aquella persona que tiene derecho a recibir los beneficios del seguro y que para efectos de este contrato será el Contratante.

Certificado Individual: Es el documento expedido por la Compañía que, cuando menos, contiene la siguiente información: número de la Póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del seguro, Fecha del Certificado, Fecha de Alta del Certificado Individual e información del Asegurado: Nombre, Fecha de nacimiento, Edad, coberturas contratadas y Suma asegurada o Regla para determinarla.

Colectividad Asegurada: Es el conjunto de personas designadas por el Contratante como Asegurados, que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Compañía.

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

Contratante: Es la persona física o moral que contrata la Póliza de Seguro, para sí y/o terceras personas, el cual estará obligado de generar los reportes o mecanismos necesarios para la operación del seguro y al pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la colectividad.

Contrato de Crédito: Es el contrato celebrado entre el Contratante y cada Asegurado, en cuyos términos el Contratante le ha abierto una línea de crédito.

Crédito: Es la cantidad total que adeuda el Asegurado al Contratante bajo el Contrato de Crédito.

Desempleo Involuntario: Es la terminación de la relación de trabajo del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, por alguna de las causales que se detallan en el Art. 51 de la Ley Federal del Trabajo o por despido injustificado.

Enfermedad: Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y sea independiente a hechos accidentales y que, tratándose de la cobertura de Incapacidad Total Temporal, impidan al trabajador independiente continuar trabajando.

Evento: Es el desempleo involuntario y/o la incapacidad total temporal del Asegurado durante la vigencia de la Póliza.

Fecha de Inicio de Vigencia: La fecha establecida en la carátula de la presente Póliza, a partir de la cual entró en vigor el seguro.

Fecha de Alta del Certificado Individual: La fecha que se indica en el Certificado Individual, en la que cada Asegurado quedó cubierto bajo la presente Póliza.

Incapacidad Total Temporal: La pérdida temporal de facultades o aptitudes que sufra el Asegurado, por una enfermedad o accidente amparados y que le impida el desempeño de su trabajo por un periodo de tiempo, y siempre que dicha incapacidad haya sido continua durante el periodo de espera establecido.

Mensualidad: Es el abono mensual y consecutivo que está obligado a realizar el Asegurado al Contratante por concepto de pago del crédito otorgado por este último, calculado y preestablecido al momento del otorgamiento conforme al esquema de pagos pactados. El monto de cada mensualidad no incluye cargos, intereses moratorios, amortizaciones vencidas no pagadas, sanciones y/o penas convencionales.

Periodo de Espera: Es el plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento, durante el cual el Asegurado deberá mantenerse en estado de Incapacidad Total Temporal o Desempleo Involuntario para tener derecho a la indemnización.

Periodo de Carencia: Periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de cobertura del seguro, durante el cual el Asegurado no estará amparado y no tendrá derecho alguno a recibir indemnización bajo este Contrato, en caso de ocurrencia de un siniestro. Este periodo deberá ser cumplido por cada Asegurado cuando ingrese al seguro, entendiéndose como fecha de ingreso, la Fecha de Alta del Certificado Individual.

Trabajador: Es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado. Se entiende por trabajo, toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio.

Padecimientos preexistentes: Se entenderá por padecimientos preexistentes, aquellos que con anterioridad a la contratación de este seguro:

- a) Se haya declarado su existencia, o
- b) El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c) Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, 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, el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la 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.

COBERTURAS BÁSICAS

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Es necesario que el Asegurado supere el Periodo de Carencia, que para efectos de esta cobertura es de 30 (treinta) días y si después del mismo, queda desempleado involuntariamente durante la vigencia del Certificado Individual y permanece desempleado por un periodo que exceda el Periodo de Espera, que también es de 30 (treinta) días, la Compañía cubrirá al Contratante, mientras permanezca el desempleo involuntario del Asegurado, los pagos mensuales que se sigan venciendo, con un máximo de 3 (tres).

El pago de la cobertura procederá siempre y cuando el Asegurado pierda involuntariamente su posición de trabajo, derivado de la terminación laboral por alguna de las causales a que se refiere el Artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo o por despido injustificado.

La indemnización que proceda se realizará al cumplirse el Periodo de Espera de 30 (treinta) días.

Elegibilidad

La cobertura de Desempleo Involuntario es para las personas elegibles que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia por medio de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado con una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar el Desempleo Involuntario son:

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. Copia del Finiquito o Liquidación emitido por la empresa donde laboraba el Asegurado o, en caso de no contar con dicha documentación, copia de la demanda presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje.
3. Copia del Contrato de Trabajo por Tiempo Indeterminado de la empresa en la que laboraba, si lo hubiere.
4. Copia del documento que acredite la baja del Asegurado del IMSS o ISSSTE.
5. Últimos tres recibos de nómina.
6. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Contratante respecto de cualquier Desempleo Involuntario de Asegurados que resulten de:

- a. Desempleo Involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Periodo de Carencia.
- b. Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.
- c. Renuncia voluntaria del Asegurado.
- d. La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a que se refiere el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
- e. La terminación de la relación laboral bajo un Contrato por Tiempo Determinado por cualquier causa.
- f. Desempleo voluntario del Asegurado por cualquier causa.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

En caso de que el Asegurado caiga en estado de Incapacidad Total Temporal durante la vigencia de la Póliza, derivado de una Enfermedad que se origine después del Periodo de Carencia, que es de treinta (30) días, o de un Accidente y siempre y cuando permanezca en dicho estado de Incapacidad Total Temporal por un periodo que exceda el Periodo de Espera, que para esta cobertura será de treinta (30) días, la Compañía cubrirá al Contratante, mientras permanezca la incapacidad total temporal del Asegurado, los pagos mensuales que se sigan venciendo, con un máximo de 3 (tres).

El Dictamen Médico mencionado en los **Documentos para comprobar la Incapacidad Total Temporal** deberá contener la temporalidad mínima y continua que tendrá que transcurrir para el reestablecimiento de la salud del Asegurado con respecto al estado de incapacidad objeto de la reclamación; en ese sentido, el Contratante, en su carácter de beneficiario, recibirá el número de Mensualidades, en función de la temporalidad mencionada en el Dictamen de acuerdo con lo siguiente:

Temporalidad	Pagos a indemnizar
Mayor a 30 días pero menor a 60 días	1
Mayor o igual a 60 días pero menor a 90 días	2
Mayor o igual a 90 días	3



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

En caso de que el dictamen no cuente con la temporalidad referida en el párrafo anterior, el pago de las Mensualidades quedará sujeto a la comprobación de la continuidad de dicho estado de incapacidad cada 30 días.

Elegibilidad

La cobertura de Incapacidad Total Temporal es para las personas elegibles, que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboran de forma independiente y que perciben un ingreso (autoempleo).

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar la Incapacidad Total Temporal son:

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. Dictamen Médico que acredite la Incapacidad Total Temporal, proporcionado por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, en caso de que el Asegurado sea derechohabiente voluntario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el documento que acredite la Incapacidad Total Temporal proporcionado por dichas Instituciones.
3. Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude para la determinación de la causa del siniestro.
4. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Contratante respecto de cualquier Incapacidad Total Temporal de Asegurados que resulten de:

1. Padecimientos preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual y por los que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.
2. Intento de suicidio.
3. Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.
4. 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.
5. Embarazo, aborto y legrados uterinos.
6. 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 actos que se deriven de cualquiera de los anteriores.
7. Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.
8. El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.
9. La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre y cuando sea el provocador, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores.
10. La participación directa del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de maquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.
11. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o elegida voluntariamente por éste.

12. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

CONDICIONES GENERALES

EDAD. Para efectos de su alta en este seguro, las personas elegibles deberán tener entre dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años con 364 días. La edad máxima de renovación será de sesenta y nueve (69) años con 364 días.

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

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

PRIMA. La prima será a cargo del Contratante y se computará de conformidad con la regla establecida en la carátula de la Póliza.

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de cada Certificado. 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 establecidos en dicho Certificado.

La prima podrá pactarse mediante un pago anual o mediante pagos fraccionados (mensual, trimestral o semestral). Al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

El Contratante se obliga a pagar la prima correspondiente al seguro emitido bajo el presente Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (Período de Gracia), en caso contrario, los efectos del certificado individual que corresponda cesarán automáticamente.

En caso de siniestro durante dicho periodo, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago.

La prima deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o a través de los medios pactados entre las partes, contra entrega del recibo expedido por la misma.

VIGENCIA. La Póliza del seguro tendrá vigencia de 1 (un) año. La fecha de Inicio de Vigencia será la fecha de emisión de la Póliza. Durante la vigencia de la Póliza tendrán lugar altas y bajas de Certificados Individuales correspondientes a la colectividad de Asegurados, mismos que permanecerán hasta la extinción del riesgo. Es decir, la fecha de fin de vigencia de los Certificados Individuales podrá ser menor, igual o mayor a la fecha de fin de vigencia de la Póliza.

RENOVACIÓN. La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la Compañía podrá proceder a renovar anualmente la misma en forma automática, 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.

Los Certificados Individuales se renovarán de manera automática, siempre y cuando la edad alcanzada de los Asegurados no sea mayor a sesenta y nueve (69) años con 364 días.

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA. La Compañía pagará al beneficiario las indemnizaciones que correspondan para cada cobertura contratada, previa comprobación del siniestro de que se trate.

PAGOS IMPROCEDENTES. Cualquier pago realizado indebidamente por cualquiera de las partes, por desconocimiento o por el reporte equivoco de un movimiento de alta o cambio, las obliga a reintegrar dicho pago.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza:

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo para tal efecto el Registro de Asegurados.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad dentro de los 30 días siguientes a cada separación, indicando la fecha respectiva de separación, para que sean dados de baja del Seguro.
- c) Dar aviso a la Compañía dentro del término de 30 días de cualquier cambio que se opere en la situación de la Colectividad.

BAJAS

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará un Registro de Asegurados, según proceda, que contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre completo y fecha de nacimiento de cada uno de los miembros de la colectividad.
- b) Suma Asegurada contratada.
- c) Fechas de inicio y fin de vigencia de los seguros de cada uno de los miembros de la colectividad.

CONTRATO DE SEGURO. Esta Póliza, la solicitud, los certificados individuales, las cláusulas adicionales y los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se agreguen, constituyen prueba del contrato celebrado el Contratante y la Compañía.

MODIFICACIONES AL CONTRATO. El presente Contrato sólo podrá ser modificado previo acuerdo entre las Partes, siempre y cuando dicha modificación conste por escrito mediante Endosos firmados por cada una de las Partes registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

LEGISLACIÓN APLICABLE. Para la interpretación y cumplimiento de las disposiciones de este Contrato se aplicará la legislación de los Estados Unidos Mexicanos.

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

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

NOTIFICACIONES. Todas las notificaciones y solicitudes estipuladas en la presente se harán por escrito y se entregarán o formularán a las partes en su domicilio mencionado en la carátula de la Póliza.

INTERÉS MORATORIO. En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora, de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, 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.

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 en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se suspenderán por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de 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 interrumpirán por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, hasta que concluya dicho procedimiento, de conformidad con lo señalado en el Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN. 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.

En caso de siniestro, el reclamante presentará a la Compañía todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas, cubiertas en esta Póliza. La Compañía se reserva el derecho, cuando así lo requiera para comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o sus causahabientes para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

MONEDA. Todos los pagos relativos al presente Contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente a la fecha de pago.

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA. "Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones". Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA. En cumplimiento a lo dispuesto en la Circular S.8.3.2, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se establece que: Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO. La responsabilidad de la Compañía frente a cada Asegurado cesará automáticamente, quedando sin validez el Certificado Individual expedido, en cualquiera de los siguientes casos:

- a) En el Aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años.
- b) En la fecha en la que el Crédito otorgado por el Contratante al Asegurado bajo un Contrato de Crédito haya sido pagado en su totalidad.
- c) Por la cesión o traspaso de la deuda del Asegurado con el Contratante bajo un Contrato de Crédito a un tercero.
- d) En la fecha programada de vencimiento del Crédito otorgado por el Contratante al Asegurado bajo un Contrato de Crédito.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

- e) En la fecha en la que el Contratante y el Asegurado den por terminado anticipadamente y de común acuerdo el Contrato de Crédito que éstos tengan celebrado.
- f) Por cancelación, por falta de pago de la prima que corresponda dentro del periodo de gracia.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-SXXXX-XXXX-200X de fecha (día) de (mes) de (año).

**CARDIF**

Una compañía de BNP PARIBAS

Póliza de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal

		Número de Póliza	Moneda
			Pesos Mexicanos
Contratante		RFC	
Domicilio: calle, número y colonia			
Población y Estado		Código Postal	Teléfono
Características de la Colectividad Asegurada			
Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Gastos de expedición	Prima Total
Coberturas			
Suma asegurada o regla para determinarla			
Límites de Edad para Ingresar a la Colectividad			
18 a 64 años con 364 días			

Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V., se obliga a pagar las sumas aseguradas correspondientes al plan de seguro contratado que arriba de indica, de conformidad con las declaraciones de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares y cláusulas contenidas en la Póliza y en los Certificados Individuales, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la suma asegurada, señalada en la descripción del plan o de los beneficios adicionales anexos a esta Póliza.

En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma la presente Póliza en México, Distrito Federal, el día:	Funcionario Autorizado

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36,36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ de fecha _____."

PÓLIZA No. [REDACTED]
CERTIFICADO No. [REDACTED]

Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. (en adelante denominada la COMPAÑÍA), pagará la suma asegurada correspondiente a la cobertura contratada, de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales y particulares de este Contrato de Seguro. El pago lo hará en sus oficinas, al beneficiario, después de recibir la COMPAÑÍA pruebas fehacientes de la realización de la eventualidad prevista en este Contrato, para constancia se expide el presente Certificado en la Ciudad de México, Distrito Federal, en la fecha de su emisión.

CONTRATANTE [REDACTED]

ASEGURADO [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED]

Fecha de Nacimiento del Asegurado dd / mmm / aaaa	Fecha de Alta dd / mmm / aaaa	Moneda PRELLENADO
--	----------------------------------	----------------------

COBERTURAS CONTRATADAS	VIGENCIA DEL SEGURO	SUMA ASEGURADA

CLÁUSULAS ADICIONALES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA

PRELLENADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ de fecha _____.

RESUMEN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

COBERTURAS BÁSICAS

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Es necesario que el Asegurado supere el Período de Carencia, que para efectos de esta cobertura es de 30 (treinta) días y si después del mismo, queda desempleado involuntariamente durante la vigencia del Certificado Individual y permanece desempleado por un período que exceda el Período de Espera, que también es de 30 (treinta) días, la Compañía cubrirá al Contratante, mientras permanezca el desempleo involuntario del Asegurado, los pagos mensuales que se sigan venciendo, con un máximo de 3 (tres).

El pago de la cobertura procederá siempre y cuando el Asegurado pierda involuntariamente su posición de trabajo, derivado de la terminación laboral por alguna de las causales a que se refiere el Artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo o por despido injustificado.

La indemnización que proceda se realizará al cumplirse el Período de Espera de 30 (treinta) días.

Elegibilidad

La cobertura de Desempleo Involuntario es para las personas elegibles que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia por medio de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado con una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar el Desempleo Involuntario son:

7. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
8. Copia del Finiquito o Liquidación emitido por la empresa donde laboraba el Asegurado o, en caso de no contar con dicha documentación, copia de la demanda presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje.
9. Copia del Contrato de Trabajo por Tiempo Indeterminado de la empresa en la que laboraba, si lo hubiere.
10. Copia del documento que acredite la baja del Asegurado del IMSS o ISSSTE.
11. Últimos tres recibos de nómina.
12. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Contratante respecto de cualquier Desempleo Involuntario de Asegurados que resulten de:

- g. Desempleo Involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Período de Carencia.
- h. Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.

- i. Renuncia voluntaria del Asegurado.
- j. La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a que se refiere el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
- k. La terminación de la relación laboral bajo un Contrato por Tiempo Determinado por cualquier causa.
- l. Desempleo voluntario del Asegurado por cualquier causa.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

En caso de que el Asegurado caiga en estado de Incapacidad Total Temporal durante la vigencia de la Póliza, derivado de una Enfermedad que se origine después del Período de Carencia, que es de treinta (30) días, o de un Accidente y siempre y cuando permanezca en dicho estado de Incapacidad Total Temporal por un período que exceda el Período de Espera, que para esta cobertura será de treinta (30) días, la Compañía cubrirá al Contratante, mientras permanezca la incapacidad total temporal del Asegurado, los pagos mensuales que se sigan venciendo, con un máximo de 3 (tres).

El Dictamen Médico mencionado en los **Documentos para comprobar la Incapacidad Total Temporal** deberá contener la temporalidad mínima y continua que tendrá que transcurrir para el reestablecimiento de la salud del Asegurado con respecto al estado de incapacidad objeto de la reclamación; en ese sentido, el Contratante, en su carácter de beneficiario, recibirá el número de Mensualidades, en función de la temporalidad mencionada en el Dictamen de acuerdo con lo siguiente:

Temporalidad	Pagos a indemnizar
Mayor a 30 días pero menor a 60 días	1
Mayor o igual a 60 días pero menor a 90 días	2
Mayor o igual a 90 días	3

En caso de que el dictamen no cuente con la temporalidad referida en el párrafo anterior, el pago de las Mensualidades quedará sujeto a la comprobación de la continuidad de dicho estado de incapacidad cada 30 días.

Elegibilidad

La cobertura de Incapacidad Total Temporal es para las personas elegibles, que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboran de forma independiente y que perciben un ingreso (autoempleo).

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar la Incapacidad Total Temporal son:

5. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
6. Dictamen Médico que acredite la Incapacidad Total Temporal, proporcionado por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, en caso de que el Asegurado sea derechohabiente voluntario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el documento que acredite la Incapacidad Total Temporal proporcionado por dichas Instituciones.
7. Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude para la determinación de la causa del siniestro.
8. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Contratante respecto de cualquier Incapacidad Total Temporal de Asegurados que resulten de:

13. Padecimientos preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual y por los que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.
14. Intento de suicidio.
15. Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.
16. Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
17. Embarazo, aborto y legrados uterinos.
18. 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 actos que se deriven de cualquiera de los anteriores.

19. Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.
20. El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.
21. La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre y cuando sea el provocador, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores.
22. La participación directa del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de maquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.
23. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o elegida voluntariamente por éste.
24. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

CONDICIONES GENERALES

PRIMA. La prima será a cargo del Contratante y se computará de conformidad con la regla establecida en la carátula de la Póliza.

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de cada Certificado. 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 establecidos en dicho Certificado.

La prima podrá pactarse mediante un pago anual o mediante pagos fraccionados (mensual, trimestral o semestral). Al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

El Contratante se obliga a pagar la prima correspondiente al seguro emitido bajo el presente Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (Periodo de Gracia), en caso contrario, los efectos del certificado individual que corresponda cesarán automáticamente.

En caso de siniestro durante dicho periodo, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago.

La prima deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o a través de los medios pactados entre las partes, contra entrega del recibo expedido por la misma.

RENOVACIÓN. La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía podrá proceder a renovar anualmente la misma en forma automática, 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.

Los Certificados Individuales se renovarán de manera automática, siempre y cuando la edad alcanzada de los Asegurados no sea mayor a sesenta y nueve (69) años con 364 días.

INTERÉS MORATORIO. En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora, de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, 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.

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 en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se suspenderán por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de 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 interrumpirán por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, hasta que concluya dicho procedimiento, de conformidad con lo señalado en el Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN. 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.

En caso de siniestro, el reclamante presentará a la Compañía todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas, cubiertas en esta Póliza. La Compañía se reserva el derecho, cuando así lo requiera para comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o sus causahabientes para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-SXXXX-XXXX-200X de fecha (día) de (mes) de (año).