

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES (MU)

DEFINICIONES GENERALES

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 o Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

Beneficiario: Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir los beneficios del seguro y que aparece con tal carácter en el Certificado Individual correspondiente.

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 de Vida, 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 Deudor, en cuyos términos el Contratante ha abierto una línea de crédito al Deudor.

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

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

Deudor: La persona física que tiene celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante.

Deudor Elegible: El Deudor que cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza y que tengan un adeudo con el Contratante bajo un Contrato de Crédito.

Deudor Asegurado: Es la persona física que se encuentra cubierta al amparo de este contrato y que aparece identificada como tal en el Certificado Individual. Únicamente podrá detentar la figura del Deudor Asegurado el Deudor Elegible.

Endoso. Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Enfermedad: Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y sea independiente a hechos accidentales.

Enfermedad Grave. Para efectos del presente contrato de seguro, se considerara como Enfermedad Grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

Enfermedad Preexistente: Se entenderá por enfermedades preexistentes, aquellas 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 resumen 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 enfermedades 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.

Evento: Cada uno de los acontecimientos amparados en la póliza, que ocurran 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.

Periodo de Espera: Es el plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento, 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 Deudor 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 Deudor Asegurado cuando ingrese al seguro, entendiéndose como fecha de ingreso, la Fecha de Alta del Certificado Individual.

Suma Asegurada: Es la cantidad que la Compañía se obliga a pagar en caso de proceder la reclamación, la cual podrá pactarse en un monto fijo o en el saldo insoluto del crédito a la fecha del siniestro, lo cual se hará constar en la carátula de la Póliza.

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO

En caso de que el Asegurado fallezca durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía cubrirá a sus beneficiarios, la suma asegurada contratada y que se encuentre indicada en el mismo.

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de suicido durante los primeros 12 (doce) meses de vigencia del presente contrato de seguro, en este caso la Compañía sólo reembolsará la reserva matemática respectiva.

BENEFICIOS ADICIONALES

SUMA ASEGURADA ADICIONAL POR FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará, independientemente del pago de la indemnización que corresponda para la cobertura de Fallecimiento, la suma asegurada contratada por esta cobertura que se encuentre estipulada en el Certificado Individual respectivo. Este pago se realizará a los beneficiarios designados por el Asegurado.

Con el pago de la indemnización por fallecimiento, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Indemnización

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía le cubrirá la suma asegurada que corresponda, al momento en que sea declarada su Invalidez Total y Permanente.

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

Con el pago de la indemnización por invalidez total y permanente, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

Definición

Aquella condición del Asegurado de carácter permanente, que se manifieste durante la vigencia del Certificado Individual y permanezca de forma continua durante un período de cuando menos seis (6) meses, derivada de una Enfermedad o un Accidente, y 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 Total y Permanente.

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los avances científicos existentes a la fecha en la que ocurrió el siniestro, o que de existir dicha posibilidad de cura, los avances mencionados no sean accesibles al Asegurado por tiempo o costo.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado "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, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, 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 contrato de seguro.

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente son:

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, en caso de que el Asegurado sea derechohabiente 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 Invalidez Total y Permanente emitido por dichas Instituciones.
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.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Asegurado respecto de cualquier Invalidez Total y Permanente que resulte 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 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.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

5. Embarazo, aborto y legrados uterinos.
6. Actos de guerra, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
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 que sea el provocador, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores.
10. La participación 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 elegidas 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.

INDEMNIZACIÓN POR GRAVES ENFERMEDADES

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

1. INFARTO DE MIOCARDIO

a) Cobertura

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

b) Definición

Muerte de una parte variable del músculo cardíaco por anóxia (isquemia total). Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de:

- a) La confirmación por un cardiólogo especialista de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una ecocardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocido, contemporáneo.
- b) Y, simultáneamente, de la verificación de al menos uno de los síntomas siguientes :
 - desarrollo de una onda patológica Q al menos en dos derivaciones del trazado del electrocardiograma ($Q \geq 0.04$ s o $Q > 25\%$ de la amplitud de la onda R)
 - anomalías electrocardiográficas no específicos asociados a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina)

- sintomatología reciente de infarto de miocardio asociado a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina)

Están igualmente cubiertos los casos que no respondan más que parcialmente a la definición precedente si el Asegurado ha sido tratado bien por una trombólisis intravenosa, bien por una angioplastia de una arteria coronaria en urgencias (los informes de hospitalización se adjuntarán a la declaración de siniestro).

Un cardiólogo especialista debe confirmar el diagnóstico según las definiciones mencionadas anteriormente.

2. ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

a) Cobertura

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

b) Definición

Toda afección coronaria que requiera una intervención a tórax abierto, para eliminar la obstrucción o evitar las arterias coronarias estrechadas.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo. Se excluyen angioplastias y otras técnicas basadas en cateterismo intra arterial, procedimientos laparoscópicos y/o procedimientos con láser.

3. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

a) Cobertura

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

b) Definición

Todo episodio de isquemia por ruptura o por trombosis de una arteria cerebral, dando lugar a secuelas neurológicas permanentes.

La permanencia del daño neurológico deberá certificarse por un médico neurólogo especialista, no antes de un mes desde dicho accidente cerebro-vascular.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo.
- Hallazgos en Resonancia Magnética, Tomografía computarizada u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un nuevo ataque.

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

- Episodios de isquemia transitoria;
- Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis y enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;
- Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;
- Desorden de isquemia del sistema vascular.

4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

a) Cobertura

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

b) Definición

Toda deficiencia irreversible y terminal de la función renal que requiera una diálisis extra-corporal o un transplante de riñón o ambas cosas sucesivamente.

La necesidad de una diálisis continua deberá certificarse por un médico nefrólogo especialista.

5. ESCLEROSIS EN PLACAS INVALIDANTE

a) Cobertura

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

b) Definición

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

Un médico neurólogo especialista debe certificar el diagnóstico así como las secuelas permanentes. La puntuación del paciente en la escala EDSS debe ser superior o igual a 5.

c) Demostración

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- Investigaciones que inequívocamente confirman el diagnóstico para ser esclerosis múltiple;
- Pérdidas neurológicas múltiples que ocurrieron en un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses;
- Historia médica documentada de exacerbaciones y remisiones donde se señale los síntomas o pérdidas neurológicas.

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

6. CÁNCER

a) Cobertura

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

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

b) Definición

Todo tumor de desarrollo anárquico que invade, sin respetarlos, los límites de su tejido original así como los tejidos próximos y que puede propagar metástasis a distancia.

Los tumores hemopoyéticos (leucemias, linfomas, enfermedad de Kahler, etc.) entran en el marco de esta definición. Sólo el examen anatómo-patológico definitivo permite confirmar la malignidad de un tumor.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Se excluye lo siguiente:

- Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: Carcinoma-in-situ de Mama, Displasia Cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3;
- Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis;
- Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de Próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma Papilar de la Tiroides T₁N₀M₀ de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la Vejiga, y Leucemia Linfocítica Crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI;
- Todos los tumores con presencia de infecciones de VIH;

PERIODO DE ESPERA

Para las coberturas señaladas en los numerales anteriores, ningún pago será procedente si el padecimiento objeto de la reclamación se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual.

EXCLUSIONES GENERALES PARA ESTA COBERTURA

1. Padecimientos preexistentes por enfermedades ocurridas antes de la fecha de inicio del seguro y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.
2. Enfermedades que son consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
3. Enfermedades que son consecuencia en o que surjan de: actos de guerra, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
4. Enfermedades que son consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear.
5. Enfermedades que son consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.
6. Enfermedades ocasionadas por participar el Asegurado en actividades de alto riesgo, tales como el manejo de explosivos y de armas de fuego.
7. Enfermedades ocurridas como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña, siempre que éste sea el provocador.
8. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.

Con el pago de la indemnización por enfermedad GRAVE, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL o DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Indemnización



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

En caso de que el Deudor Asegurado tuviera un empleo formal y quedare desempleado se aplicará lo estipulado en la fracción B de este apartado de Invalidez total y temporal o desempleo involuntario. En caso de que el Deudor Asegurado tenga un empleo de informal y quedare desempleado se aplicara lo estipulado el la fracción A de este apartado de Invalidez total y temporal o desempleo involuntario.

A).- Para el caso de INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL

En caso de que el Deudor Asegurado caiga en estado de Invalidez Total Temporal durante la vigencia de la Póliza, derivado de una Enfermedad que se origine después del Período de Carencia, 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, la Compañía cubrirá al Contratante los pagos mensuales por concepto del Crédito que se sigan venciendo, con un máximo de 3 (tres). La cobertura excluye cargos, intereses moratorios, amortizaciones vencidas no pagadas, sanciones y/o penas convencionales. Los periodos mencionados se harán constar en la carátula de la póliza.

La indemnización que proceda se realizará al cumplirse el Periodo de Espera.

B).- Para el caso de DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

Si después de que haya transcurrido el Período de Carencia el Deudor Asegurado, queda desempleado involuntariamente durante la vigencia del Certificado Individual y permanece desempleado por un período que exceda el Período de Espera, la Compañía cubrirá al Contratante los pagos mensuales que se sigan venciendo, con un máximo de 3 (tres). La cobertura no cubre cargos, intereses moratorios, amortizaciones vencidas no pagadas, sanciones y/o penas convencionales. Los periodos mencionados se harán constar en la carátula de la póliza.

El pago de la cobertura procederá siempre y cuando el Deudor 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.

Elegibilidad

A).- Para el caso de INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL

Elegibilidad

La cobertura de Invalidez Total Temporal es para los Deudores 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 Deudor Asegurado, o bien, en caso de que el Deudor 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.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

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 Deudor Asegurado por ambos lados.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Contratante respecto de cualquier Invalidez Total Temporal de Deudores 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 Deudor 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 Deudor Asegurado, aún 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 Deudor Asegurado.
4. Actos ocurridos por culpa grave del Deudor 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, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares 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 Deudor Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores.
10. La participación directa del Deudor 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 Deudor Asegurado elegidas voluntariamente por el Deudor Asegurado.
12. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

Con el pago de la indemnización por Invalidez Total Temporal, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

B).- Para el caso de DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

La cobertura de Desempleo Involuntario es para los Deudores 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 continua e ininterrumpida durante los últimos seis (6) meses previos al desempleo.

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 Deudor 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.
4. Copia del documento que acredite la baja del Deudor Asegurado del IMSS o ISSSTE.
5. Últimos tres recibos de nómina.
6. Copia de una identificación oficial del Deudor Asegurado por ambos lados.

EXCLUSIONES

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

- a. Desempleo Involuntario del Deudor Asegurado que se inicie dentro del Período de Espera.
- b. Jubilación, pensión o retiro anticipado del Deudor Asegurado.
- c. Renuncia voluntaria del Deudor 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 Deudor Asegurado por cualquier causa.

Con el pago de la indemnización por Desempleo Involuntario, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

CONDICIONES GENERALES

EDAD. Para efectos de su alta en este seguro, las personas elegibles deberán tener entre dieciocho (18) y cincuenta y nueve (59) años con 364 días. La edad máxima de renovación será de sesenta y cuatro (64) 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 la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la prima existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato.
Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 161 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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 Deudor Asegurado y se pagará a través del Contratante, previo cargo que el mismo realice y se computará de conformidad con la regla establecida en la carátula de la Póliza y vencerá en el momento de la celebración del Contrato.

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de cada Certificado Individual. 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 pagos anuales o mediante pagos fraccionados mensuales. 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).

El pago de las primas se efectuará mediante cargo a tarjeta de crédito, débito, cuenta de cheques u otros medios del Deudor Asegurado, para lo cual el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. Los efectos del Certificado Individual cesarán automáticamente si el Contratante, por causas imputables al Deudor Asegurado, no ha cubierto el total de la prima a las 12:00 horas del último día del Periodo de Gracia.

En caso de que ocurra un Evento durante dicho Periodo de Gracia, 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.

La compañía revisará la prima aplicable en cada aniversario de la póliza de acuerdo con las características de la colectividad basándose en la nota técnica del producto.

VIGENCIA. La Póliza del seguro tendrá vigencia no menor a un (1) año pero tampoco mayor a seis (6) años, de acuerdo a lo que se especifique en la carátula de la póliza. 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 Asegurada, 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.

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA. La Compañía pagará al Asegurado o beneficiario las indemnizaciones que correspondan para cada cobertura contratada, en una sola exhibición 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 baja, alta o cambio, las obliga a reintegrar dicho pago.

DESIGNACION 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 el Certificado Individual 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 acrecerá la de los demás en partes iguales, a menos que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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 e Indemnización por Enfermedades Graves, el beneficiario será el propio Asegurado.

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 por cobertura.
- c) Forma de pago de prima elegida.
- d) 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 y Certificados Individuales correspondientes.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

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.

REHABILITACION. Si después de transcurrido el periodo de gracia no se ha podido hacer el cargo de la prima correspondiente a la cuenta del 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.

PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- 1.- Por lo que se refiere a las acciones derivadas de un seguro con cobertura de fallecimiento en 5 años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- 2.- Y en el caso de las coberturas restantes y que se mencionan en las presentes condiciones generales será de 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 y 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 de sus beneficiarios 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 65 (sesenta y cinco) años.
- b) Por el pago de la indemnización correspondiente a cualquiera de las coberturas amparadas.

CUMULOS. Si el Asegurado celebra varios contratos de seguro del mismo producto al que corresponde el presente contrato, el total de las sumas aseguradas contratadas por todos los seguros, no podrá ser superior al Límite Máximo por Asegurado señalado en el Certificado correspondiente.

En caso de que por cualquier causa la sumatoria de sumas aseguradas referidas resultare superior al Límite Máximo por Asegurado, se cancelará(n) los contratos de seguro mas recientes, hasta que la totalidad de sumas aseguradas sea igual o inferior al Límite Máximo por Asegurado. En este evento no procederá pago de indemnización por siniestro respecto de los contratos cancelados y el Asegurado o Beneficiario(s) sólo tendrán derecho al reembolso de las primas que se hubieran pagado respecto de los seguros que se cancelen.

PARTICIPACION EN LAS UTILIDADES. El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en que contribuyan al pago de la prima, participarán anualmente en las utilidades que obtenga la Compañía en la cartera de pólizas de Seguro Colectivo de Vida, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La participación en las utilidades se podrá otorgar con base en la experiencia propia de la Colectividad Asegurada, o con base en la experiencia general de la cartera.

Para que dicha participación se otorgue en base a la experiencia propia, el Proponente deberá asentarla por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento, siempre y cuando la colectividad cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto. Si no existe esta petición la colectividad será incluida en la experiencia general de la cartera.

Igualmente deberá solicitarlo por escrito y con un año de anticipación de la fecha de reparto, cuando desee que se le cambie la experiencia aplicada.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

Bajo la modalidad de experiencia propia, se podrá establecer de común acuerdo, que el período de cálculo de dicha participación sea anual, semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso se deberá considerar la prima devengada y la siniestralidad ocurrida en cada período. Si la siniestralidad del período de cálculo sufre alguna desviación, la Compañía tendrá derecho a ajustar la pérdida en períodos posteriores dentro del mismo año póliza, hasta por el máximo que resulte de aplicar la fórmula de dividendos que se señala en la carátula de esta póliza, y, en su caso, a la recuperación inmediata de cualquier dividendo pagado con anterioridad, sin aplicar interés alguno a dicha recuperación.

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-S0104-____-2009 de fecha ____ de _____ de 2009.

**CARDIF**

Una compañía de BNP PARIBAS

Póliza de Seguro Colectivo de Vida con Participación en las Utilidades (MAESTRA)

		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	Tasa	Tasa fin. Pago Fraccionado	Gastos de expedición	Prima Total	Forma de Pago
Coberturas			Beneficios Adicionales		
Suma asegurada o regla para determinarla					
Límite Máximo de Suma Asegurada por Asegurado \$ _____ Porcentaje de Dividendos ____% Fórmula _____					
Contribución de los Asegurados al Pago de la Prima			Límites de Edad para Ingresar a la Colectividad		
			18 a 59 años con 364 días		

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., se obliga a pagar las sumas aseguradas correspondientes a los planes de seguro y beneficios adicionales contratados que arriba de indican, 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 CNSF-S0104-____-2009 de fecha ____ de _____ de 2009.

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. (en adelante denominada la COMPAÑÍA), pagará la suma asegurada correspondiente a cada 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 propio Asegurado, o en su caso a los Beneficiarios designados, después de recibir la COMPAÑÍA pruebas fehacientes de la realización de la eventualidad prevista en este Contrato, para constancia se expide el presente Consentimiento/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

ADVERTENCIA

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

El asegurado declara: (i) No tener padecimientos preexistentes tales como accidentes o enfermedades ocurridos al inicio de vigencia del seguro y aquellos que le hayan sido notificados, o por los que haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia o autorización para practicar la medicina; (ii) No consumir drogas, narcóticos, enervantes o barbitúricos; (iii) No estar expuesto a explosivos, armas de fuego, material biológico de alto riesgo o sustancias químicas peligrosas, material radioactivo, riesgo de alturas, se transporta en motocicletas o actividades del aire. (iv) Que NO trabaja como policía, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador, militar; (v) NO practicar ningún deporte de manera profesional, NO realizar actividades bajo el agua, cualquier deporte que requiera el uso de máquinas que vuelen, vehículos de motor o la participación de algún animal; y (vi) Tener entre 18 y 59 años con 364 días de edad

El límite máximo de Suma Asegurada por asegurado será de 500,000 pesos por cúmulo de riesgo.

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

NOMBRE	PARENTESCO (PARA EFECTOS DE IDENTIFICACIÓN)	PORCENTAJE

Suma 100%

CLÁUSULAS ADICIONALES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA

PRELLENADO [REDACTED]

Mediante el presente el Asegurado otorga su consentimiento para formar parte de la colectividad asegurada que se encuentra cubierta por la póliza arriba indicada.

Para su comodidad y seguridad, la renovación anual de la Póliza y los cargos por concepto de prima, se efectuarán de manera automática en cada vencimiento. En caso de que Usted no desee continuar con la protección de este seguro, deberá notificarlo a Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., con treinta (30) días de anticipación a la fecha de la renovación que corresponda o vencimiento de cobro, por escrito y en los formatos establecidos para tal efecto por Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

FIRMA DEL ASEGURADO

FUNCIÓNARIO 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 CNSF-S0104-____-2009 de fecha ____ de _____ de 2009.

PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES PARA SER AGREGADAS AL CERTIFICADO INDIVIDUAL

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO

En caso de que el Asegurado fallezca durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía cubrirá a sus beneficiarios, la suma asegurada contratada y que se encuentre indicada en el mismo.

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de suicidio durante los primeros 12 (doce) meses de vigencia del presente contrato de seguro, en este caso la Compañía sólo reembolsará la reserva matemática respectiva.

BENEFICIOS ADICIONALES

SUMA ASEGURADA ADICIONAL POR FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará, independientemente del pago de la indemnización que corresponda para la cobertura de Fallecimiento, la suma asegurada contratada por esta cobertura que se encuentre estipulada en el Certificado Individual respectivo. Este pago se realizará a los beneficiarios designados por el Asegurado.

Con el pago de la indemnización por fallecimiento, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Indemnización

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía le cubrirá la suma asegurada que corresponda, al momento en que sea declarada su Invalidez Total y Permanente.

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

Con el pago de la indemnización por invalidez total y permanente, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

Definición

Aquella condición del Asegurado de carácter permanente, que se manifieste durante la vigencia del Certificado Individual y permanezca de forma continua durante un período de cuando menos seis (6) meses, derivada de una Enfermedad o un Accidente, y 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 Total y Permanente.

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los avances científicos existentes a la fecha en la que ocurrió el siniestro, o que de existir dicha posibilidad de cura, los avances mencionados no sean accesibles al Asegurado por tiempo o costo.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado "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, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, 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 contrato de seguro.

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente son:

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, en caso de que el Asegurado sea derechohabiente del Instituto



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el documento que acredite la Invalidez Total y Permanente emitido por dichas Instituciones.

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.

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna al Asegurado respecto de cualquier Invalidez Total y Permanente que resulte 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 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, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
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 que sea el provocador, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores.
10. La participación 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 elegidas 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.

INDEMNIZACIÓN POR GRAVES ENFERMEDADES

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

1. INFARTO DE MIOCARDIO

a) Cobertura

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

b) Definición

Muerte de una parte variable del músculo cardíaco por anóxia (isquemia total). Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de:



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

a. La confirmación por un cardiólogo especialista de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una ecocardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocido, contemporáneo.

b. Y, simultáneamente, de la verificación de al menos uno de los síntomas siguientes :

- desarrollo de una onda patológica Q al menos en dos derivaciones del trazado del electrocardiograma ($Q \geq 0.04$ s o $Q > 25\%$ de la amplitud de la onda R)
- anomalías electrocardiográficas no específicos asociados a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina)
- sintomatología reciente de infarto de miocardio asociado a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina)

Están igualmente cubiertos los casos que no respondan más que parcialmente a la definición precedente si el Asegurado ha sido tratado bien por una trombólisis intravenosa, bien por una angioplastia de una arteria coronaria en urgencias (los informes de hospitalización se adjuntarán a la declaración de siniestro).

Un cardiólogo especialista debe confirmar el diagnóstico según las definiciones mencionadas anteriormente.

2. ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

a) Cobertura

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

b) Definición

Toda afección coronaria que requiera una intervención a tórax abierto, para eliminar la obstrucción o evitar las arterias coronarias estrechadas.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo. Se excluyen angioplastias y otras técnicas basadas en cateterismo intra arterial, procedimientos laparoscópicos y/o procedimientos con láser.

3. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

a) Cobertura

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

b) Definición

Todo episodio de isquemia por ruptura o por trombosis de una arteria cerebral, dando lugar a secuelas neurológicas permanentes.

La permanencia del daño neurológico deberá certificarse por un médico neurólogo especialista, no antes de un mes desde dicho accidente cerebro-vascular.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo.
- Hallazgos en Resonancia Magnética, Tomografía computarizada u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un nuevo ataque.

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

- Episodios de isquemia transitoria;
- Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis y enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;
- Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;
- Desorden de isquemia del sistema vascular.

4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

a) Cobertura

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

b) Definición

Toda deficiencia irreversible y terminal de la función renal que requiera una diálisis extra-corporal o un transplante de riñón o ambas cosas sucesivamente.

La necesidad de una diálisis continua deberá certificarse por un médico nefrólogo especialista.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

5. ESCLEROSIS EN PLACAS INVALIDANTE

a) Cobertura

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

b) Definición

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

Un médico neurólogo especialista debe certificar el diagnóstico así como las secuelas permanentes. La puntuación del paciente en la escala EDSS debe ser superior o igual a 5.

c) Demostración

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- Investigaciones que inequívocamente confirman el diagnóstico para ser esclerosis múltiple;
- Pérdidas neurológicas múltiples que ocurrieron en un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses;
- Historia médica documentada de exacerbaciones y remisiones donde se señale los síntomas o pérdidas neurológicas.

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

6. CÁNCER

a) Cobertura

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

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

b) Definición

Todo tumor de desarrollo anárquico que invade, sin respetarlos, los límites de su tejido original así como los tejidos próximos y que puede propagar metástasis a distancia.

Los tumores hemopoyéticos (leucemias, linfomas, enfermedad de Kahler, etc.) entran en el marco de esta definición. Sólo el examen anatómo-patológico definitivo permite confirmar la malignidad de un tumor.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Se excluye lo siguiente:

- Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: Carcinoma-in-situ de Mama, Displasia Cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3;
- Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis;
- Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de Próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma Papilar de la Tiroides T₁N₀M₀ de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la Vejiga, y Leucemia Linfocítica Crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI;
- Todos los tumores con presencia de infecciones de VIH;

PERIODO DE ESPERA

Para las coberturas señaladas en los numerales anteriores, ningún pago será procedente si el padecimiento objeto de la reclamación se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual.

EXCLUSIONES GENERALES PARA ESTA COBERTURA

1. Padecimientos preexistentes por enfermedades ocurridas antes de la fecha de inicio del seguro y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.
2. Enfermedades que son consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
3. Enfermedades que son consecuencia en o que surjan de: actos de guerra, terrorismo, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.

4. Enfermedades que son consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear.
5. Enfermedades que son consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.
6. Enfermedades ocasionadas por participar el Asegurado en actividades de alto riesgo, tales como el manejo de explosivos y de armas de fuego.
7. Enfermedades ocurridas como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña, siempre que éste sea el provocador.
8. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.

Con el pago de la indemnización por enfermedad GRAVE, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo esta Póliza.

CONDICIONES GENERALES

PRIMA. La prima será a cargo del Asegurado y se pagará a través del Contratante, previo cargo que el mismo realice y se computará de conformidad con la regla establecida en la carátula de la Póliza y vencerá en el momento de la celebración del Contrato.

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 se encuentre vigente al momento de la emisión de la Póliza y que se pacte entre las partes.

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

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).

Los efectos del Certificado individual cesarán automáticamente si el Contratante, por causas imputables al Asegurado, no ha cubierto el total de la prima a las 12:00 horas del último día del período de gracia.

En caso de siniestro durante dicho período, 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 cuatro (64) años con 364 días.

DESIGNACION 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 el Certificado Individual 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 acrecerá a la de los demás en partes iguales, a menos que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

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 la cobertura de Invalidez Total y Permanente el beneficiario será el propio Asegurado.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente e Indemnización por Enfermedades Graves, el beneficiario será el propio Asegurado.

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 y 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 de sus beneficiarios 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.

PARTICIPACION EN LAS UTILIDADES. El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en que contribuyan al pago de la prima, participarán anualmente en las utilidades que obtenga la Compañía en la cartera de pólizas de Seguro Colectivo de Vida, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La participación en las utilidades se podrá otorgar con base en la experiencia propia de la Colectividad Asegurada, o con base en la experiencia general de la cartera.

Para que dicha participación se otorgue en base a la experiencia propia, el Proponente deberá asentarlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento, siempre y cuando la colectividad cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto. Si no existe esta petición la colectividad será incluida en la experiencia general de la cartera.

Igualmente deberá solicitarlo por escrito y con un año de anticipación de la fecha de reparto, cuando desee que se le cambie la experiencia aplicada.

Bajo la modalidad de experiencia propia, se podrá establecer de común acuerdo, que el período de cálculo de dicha participación sea anual, semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso se deberá considerar la prima devengada y la siniestralidad ocurrida en cada período. Si la siniestralidad del período de cálculo sufre alguna desviación, la Compañía tendrá derecho a ajustar la pérdida en períodos posteriores dentro del mismo año póliza, hasta por el máximo que resulte de aplicar la fórmula de dividendos que se señala en la carátula de esta póliza, y, en su caso, a la recuperación inmediata de cualquier dividendo pagado con anterioridad, sin aplicar interés alguno a dicha recuperación.



CARDIF

Una compañía de BNP PARIBAS

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-S0104-____-2009 de fecha ____ de _____ de 2009.