



**CONDICIONES GENERALES
SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)**

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular.

Accidente	Significa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado.
Acreditado	Significa la persona física a quien el Contratante ha otorgado un Crédito, bajo los términos y condiciones establecidos en el contrato respectivo.
Asegurado	Significa el Acreditado que ha otorgado su Consentimiento respecto de la(s) cobertura(s) de Fallecimiento, para quedar amparado por el presente Contrato de Seguro, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en éste Contrato de Seguro y cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual respectivo. En caso de que se hubieren contratado expresamente las Coberturas Adicionales por Fallecimiento Recíproco y por Invalidez Total y Permanente Recíproca, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, también se considerará Asegurado, única y exclusivamente respecto de las mencionadas coberturas, al Co-acreditado.
Beneficiario	Significa: <ul style="list-style-type: none"> • Respecto del Saldo Insoluto, para efectos de las coberturas descritas en la cláusulas 2.1, 3.2 , 3.3 y 3.4 de este Contrato de Seguro, el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado. Asimismo y únicamente en caso de que existiere alguna cantidad remanente una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, significa la (s) persona (s) designada (s) por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo; • Respecto de las coberturas descrita en la cláusula 3.1 y 3.7 aquella(s) persona(s) designada(s) por el asegurado en el Certificado Individual respectivo; • Respecto de la indemnización aplicable, para efectos de las coberturas descritas en la cláusulas 3.5 y 3.6 de este Contrato de Seguro, el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del



	<p>Asegurado.</p> <ul style="list-style-type: none">Respecto de la cobertura descrita en la cláusula 3.8 el propio Asegurado.
Certificado Individual	<p>Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar la calidad de cada Asegurado, que, cuando menos, contiene la siguiente información: operación de seguro, nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, número de la póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del Contrato de Seguro, vigencia del Certificado Individual, Fecha de Alta del Certificado Individual, nombre del Asegurado, fecha de nacimiento del Asegurado, edad del Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, entre otros.</p>
Co-acreditado	<p>Significa la persona señalada en la carátula de póliza, pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none">(i) la persona física que, adicionalmente al Acreditado, participa del pago del Crédito otorgado a favor del Acreditado, según lo especificado en el Contrato de Crédito respectivo. El Co-acreditado podrá participar del pago del Crédito, ya sea de forma solidaria o de forma mancomunada, de conformidad con el Contrato de Crédito correspondiente; o(ii) el cónyuge del Asegurado, sin importar si participa o no del pago del Crédito otorgado a favor del Acreditado.
Compañía	<p>Significa Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.</p>
Consentimiento	<p>Significa el documento mediante el cual el Acreditado hace constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado, respecto de las coberturas de fallecimiento contempladas en este Contrato de Seguro.</p>
Contratante	<p>Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago de Saldo Insoluto del Crédito que el Contratante ha otorgado a favor de los Acreditados y, en su caso Co-acreditados. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados.</p> <p>El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.</p> <p>Para efectos de este Contrato de Seguro, el Contratante será considerado como Beneficiario irrevocable hasta</p>



	por el Saldo Insoluto del Crédito otorgado a favor de los Asegurados.
Contrato de Seguro	<p>Significa el contrato celebrado entre el Contratante y cada asegurado y, en su caso, Co-acreditado, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado y, en su caso, Co-acreditado, el cual podrá ser modificado o adicionado en cualquier tiempo, integrado por los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estas condiciones generales; • La solicitud; • El Consentimiento del Acreditado para adherirse al Grupo Asegurado; • La carátula de la póliza y/o el Certificado Individual; • Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro; • Los endosos que en su caso se agreguen; • Todos aquellos documentos entregados por la Compañía y/o a la Compañía.
Contrato de crédito	Significa el contrato celebrado entre el Contratante y cada Acreditado y, en su caso, Co-acreditado, que establece los términos y condiciones bajo los cuales el Contratante ha otorgado un Crédito a favor del Acreditado y, en su caso, Co-acreditado.
Crédito	<p>Significa el crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado, pudiendo ser éste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crédito Revolvente: significa el Crédito que puede seguirse disponiendo por el Asegurado una vez pagado total o parcialmente hasta el límite de Crédito autorizado a cada Asegurado, según lo especificado en el contrato de Crédito respectivo. Queda entendido que respecto a este tipo de Crédito el Asegurado podrá a su elección realizar el pago total de la cantidad efectivamente consumida o facturada en el periodo correspondiente, o un pago menor a dicha cantidad efectivamente consumida o facturada en el periodo correspondiente, por lo que la cantidad adeudada por el Asegurado al Contratante es variable en cada periodo, según el Asegurado haga uso de dicho Crédito; o • Crédito Fijo: significa el crédito puesto por única ocasión a disposición del Asegurado, cuya forma de pago es invariablemente cantidades mensuales fijas, previamente establecidas en el contrato de Crédito respectivo. Queda entendido que respecto de éste tipo de Crédito, el Asegurado únicamente podrá disponer de él en una sola ocasión y que el Asegurado se encuentra obligado al pago de



	<p>las cantidades mensuales fijas, no pudiendo estas variar de forma alguna.</p> <p>El tipo de Crédito cubierto será el especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.</p>
Enfermedad	Significa toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales.
Enfermedad No Grave	Significa aquellas Enfermedades o padecimientos del Asegurado que (i) no sean consideradas como emergencias médicas; y (ii) no pongan en peligro la vida, la integridad física o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.
Evento	Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentra amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo.
Fecha de Inicio de Vigencia	Significa la fecha indicada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, en la cual inicia la vigencia de éste Contrato de Seguro.
Fecha de Alta del Certificado Individual	Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.
Grupo Asegurado	Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
Institución de Seguridad Social	Significa: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.
Padecimientos Preexistentes	Significa aquellos padecimientos que con anterioridad a la contratación del seguro:/ contratación del Crédito: 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, solo si se contara con este o el asegurado tuviera acceso al mismo donde se haya elaborado un diagnóstico por un



	<p>médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.</p> <p>Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento 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 reclamación correspondiente.</p> <p>El Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o causahabientes respectivos podrán, 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 Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o causahabientes respectivos, acuden a esta instancia, la Compañía se somete a comparecer ante el mencionado 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 Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o causahabientes respectivos en el caso de ser procedente la reclamación, entonces, la indemnización será liquidada por la Compañía.</p>
Pago	<p>Significa el Pago mensual que el Asegurado efectúa al Contratante en razón del Crédito otorgado a favor del Asegurado. El monto total de dicho Pago, estará especificado en el estado de cuenta respectivo.</p> <p>El Pago para efectos del presente Contrato podrá ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pago Mensual Total: significa el pago de las cantidades mensuales fijas, previamente establecidas en el contrato de Crédito, única y exclusivamente respecto de los Créditos Fijos; o• Pago Mínimo: significa la cantidad mínima que el Asegurado deberá pagar al Contratante al corte correspondiente, según los términos y condiciones del Crédito y los montos especificados en el estado de cuenta respectivo, única y exclusivamente respecto de los Créditos Revolventes.



	<p>Queda entendido que de manera enunciativa, más no limitativa, los intereses moratorios, comisiones, así como cualquier otro cargo adicional, no se encuentran comprendidos dentro del Pago Mensual Total o del Pago Mínimo, según corresponda y consecuentemente no se encuentran cubiertos de forma alguna bajo el presente Contrato de Seguro.</p>
Periodo de Espera	<p>Significa el lapso de tiempo en el que el Asegurado deberá mantenerse ya sea en estado de Invalidez Total y Permanente o de Incapacidad Total Temporal o de Desempleo Involuntario, según sea el caso, para tener derecho a la indemnización respectiva en caso de ser procedente. El Periodo de Espera aplicable, será el establecido en la cobertura correspondiente y se especificara en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual.</p>
Periodo de Carencia	<p>Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Contratante y/o el Asegurado, según sea el caso, paga(n) las Primas correspondientes, pero no reciben los beneficios respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro. Es decir, si llegare a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Periodo de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente. Este periodo deberá ser cumplido por cada Asegurado cuando ingrese al Grupo Asegurado, entendiéndose como fecha de ingreso, la Fecha de Alta del Certificado Individual. En caso de ser aplicable, el Periodo de Carencia será el establecido en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual.</p>
Prestador de Servicios	<p>Significa la persona física o moral indicada con tal carácter en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, misma que presta los Servicios de Asistencia a que se refiere la cláusula 3.9 de éste Contrato de Seguro.</p>
Prima	<p>Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado, en su caso/(de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza), a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de que el Contratante y/o el Asegurado optaren por cubrir la misma en parcialidades, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.</p> <p>Queda entendido que el pago de la Prima estará a cargo del Contratante y/o del Asegurado, de conformidad con lo señalado en la carátula de la póliza</p>



	y/o en el Certificado Individual respectivo.
Robo	Significa el apoderamiento con ánimo de dominio de un bien mueble ajeno, sin derecho o sin consentimiento de la persona con facultad para disponer de él.
Saldo Insoluto	Significa la cantidad de dinero total adeudada y no pagada por el Asegurado al Contratante en los términos del contrato de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Evento. El Saldo Insoluto únicamente comprende el capital principal de la deuda así como los intereses ordinarios, entendiéndose por estos los intereses que forman parte del pago inmediato siguiente a la fecha de la ocurrencia del Evento. Queda entendido que de manera enunciativa, más no limitativa, los intereses moratorios, comisiones, así como cualquier otro cargo adicional, no se encuentran comprendidos dentro del Saldo Insoluto y consecuentemente no se encuentran cubiertos de forma alguna bajo el presente Contrato de Seguro.
Servicio de Asistencia	Significa cualquiera de los servicios descritos en la cláusula 3.9 del Contrato de Seguro, de acuerdo al contrato celebrado entre la aseguradora y la empresa prestadora de servicios, esta última será la responsable de la prestación del servicio.
Suma Asegurada	Significa la cantidad indicada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, de conformidad con lo especificado en cada cobertura, que en su caso, la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento.
Suma Asegurada Máxima	Significa la cantidad máxima que la Compañía se obliga a pagar por Asegurado, la cual esta indicada en cada cobertura de la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.
Tarjeta de Crédito.	Tarjeta de plástico expedida por el Contratante con motivo del otorgamiento de una línea de crédito a favor del Asegurado, con una banda magnética, asociada a Visa o Mastercard o a cualquier otra empresa operadora de sistemas o redes comerciales de pagos, que en algunas ocasiones cuenta con un microchip, y un número en relieve, que sirve para hacer compras y pagarlas en fechas posteriores.

2. COBERTURAS BÁSICAS

2.1 FALLECIMIENTO

2.1.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Contratante y Beneficiario irrevocable respecto de ésta cobertura, en una sola exhibición, el Saldo Insoluto respectivo, de conformidad con lo señalado en carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.



BNP PARIBAS CARDIF

En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo.

Esta cobertura no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

Con el pago de la indemnización por Fallecimiento, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

2.1.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. En caso de actualizarse el evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva.**
- b) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual.**

2.1.3 Comprobación del Fallecimiento

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
3. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
5. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
8. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
9. Estado de cuenta del Crédito, el cual deberá estar al corriente de Pago; y
10. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

Con el pago de la indemnización de la presente cobertura, en caso de ser procedente, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.



3. COBERTURAS ADICIONALES

3.1 FALLECIMIENTO COMPLEMENTARIO

3.1.1 Descripción de la Cobertura

En caso de fallecimiento del Asegurado, y cuando esta cobertura haya sido expresamente contratada, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado en el Certificado Individual, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura especificada en el Certificado Individual respectivo.

La indemnización respecto de esta cobertura, es independiente del pago de la indemnización que corresponda al Contratante por la cobertura de fallecimiento descrita en la cláusula 2.1 anterior. Queda entendido que la indemnización por esta cobertura se realizará a favor de los Beneficiarios expresamente designados por el Asegurado en el Certificado Individual correspondiente.

Con el pago de la indemnización de la presente cobertura, en caso de ser procedente, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

3.1.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. En caso de actualizarse el evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva; y**
- b) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual.**

3.1.3 Comprobación del Fallecimiento Complementario

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
3. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
5. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
8. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;



9. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Beneficiario. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
10. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Beneficiario;
11. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario; y
12. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

3.2 FALLECIMIENTO RECÍPROCO

3.2.1 Descripción de la Cobertura

Esta cobertura aplica únicamente cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Co-acreditado durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito, que tenga el Asegurado a su cargo al momento del fallecimiento del Co-acreditado y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al Beneficiario designado por el Co-Acreditado en el Certificado Individual respectivo.

Esta cobertura no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada máxima establecida en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

Con el pago de la indemnización por Fallecimiento Recíproco, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

3.2.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Co-acreditado a consecuencia de:

- a) **Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Co-acreditado. En caso de actualizarse el Evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva; y**
- b) **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual.**

3.2.3 Comprobación del Fallecimiento

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



BNP PARIBAS CARDIF

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Co-acreditado;
3. Copia del certificado de defunción del Co-acreditado;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Co-acreditado haya ocurrido de forma violenta;
5. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Co-acreditado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Co-acreditado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Co-acreditado;
8. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única del Co-acreditado;
9. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
10. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);
11. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única de registro de Población del(los) Beneficiario(s)
12. Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.3 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Única y exclusivamente respecto de ésta cobertura, por **“Padecimientos Preexistentes por Invalidez Total y Permanente”** deberá entenderse:

- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del Crédito, el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que el padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una Invalidez Total y Permanente; y/o
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del Crédito, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, Invalidez Total y Permanente;
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del Crédito el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que existía un pronóstico de desarrollar Invalidez Total y Permanente, derivado del padecimiento de que se trate



3.3.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en el Certificado Individual, para los Asegurados que sufran un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Certificado Individual. En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Contratante y Beneficiario irrevocable respecto de esta cobertura, en una sola exhibición, el Saldo Insoluto respectivo, de conformidad con lo señalado en el Certificado Individual.

En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al propio Asegurado.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente o Enfermedad, que lo imposibiliten para desempeñar el trabajo que realizaba de acuerdo a sus habilidades, aptitudes y conocimientos.

Este beneficio no será aplicable a Créditos concedidos al Asegurado con posterioridad a la fecha en que se diagnostique un estado de Invalidez Total y Permanente.

Esta cobertura no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

3.3.2 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual con posterioridad a la ocurrencia del Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca de forma in-interrumpida.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el periodo de espera antes referido: 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.

3.3.3 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) Lesiones auto inflingidas 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**



BNP PARIBAS CARDIF

últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.

- b) 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.**
- c) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- d) El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- e) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña o actos relacionados con cualquiera de los anteriores, siempre y cuando el asegurado sea el provocador de dicha riña;**
- f) 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. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por el Asegurado.**
- g) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento;**
- h) Padecimientos y/o Enfermedades 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, por un médico o especialista con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública;**
- i) Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

3.3.4 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 los documentos enlistados a continuación, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, 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 certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, y los cuales deberán ser especialistas en la materia, 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 no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.



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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
4. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
5. Original o copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional expedida o avalada por autoridad competente, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del ASEGURADO) así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente;
6. Estado de cuenta del Crédito, el cual deberá estar al corriente de Pago; y
7. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3.4 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE RECÍPROCA

3.4.1 Definiciones de la Cobertura

Única y exclusivamente respecto de esta cobertura, por **“Padecimientos Preexistentes por Invalidez Total y Permanente Recíproca”** deberá entenderse:

- Aquellos padecimientos del Co-acreditado que con anterioridad a la contratación del Crédito, el Co-acreditado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que el padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una Invalidez Total y Permanente; y/o
- Aquellos padecimientos del Co-acreditado que con anterioridad a la contratación del Crédito, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, Invalidez Total y Permanente;
- Aquellos padecimientos del Co-acreditado que con anterioridad a la contratación del Crédito el Co-acreditado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que existía un pronóstico de desarrollar Invalidez Total y Permanente, derivado del padecimiento de que se trate.



3.4.2 Descripción de la Cobertura

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

En caso de que el Co-acreditado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia del Certificado Individual respectivo, la Compañía pagará al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito, que tenga el Asegurado a su cargo al momento en el que se presente dicho estado de Invalidez Total y Permanente y una vez que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza y/o del Certificado Individual respectivo.

En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al propio Asegurado.

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por Invalidez Total y Permanente, a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente o de una Enfermedad, que impida al Co-acreditado desempeñar por el resto de su vida, cualquier trabajo u ocupación remunerados, compatibles con sus conocimientos o aptitudes, y por consiguiente, no esté en posibilidades de percibir la totalidad de los ingresos económicos que percibía antes del estado de Invalidez Total y Permanente.

Este beneficio no será aplicable a Créditos concedidos al Asegurado con posterioridad a la fecha en que se diagnostique un estado de Invalidez Total y Permanente.

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

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

3.4.3 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Co-acreditado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual con posterioridad a la ocurrencia del Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca de forma in-interrumpida.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el Periodo de Espera antes referido: 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 a 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 de los pies, a la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.



3.4.4 Exclusiones

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

- a) Padecimientos y/o Enfermedades 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, por un médico o especialista con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública;**
- b) Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual, siempre que la Invalidez Total y Permanente se presente dentro de los primeros 6 (seis) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual;**
- c) Intento de suicidio;**
- d) Lesiones auto-inflingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Co-acreditado;**
- e) Actos ocurridos por culpa grave del Co-acreditado, 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;**
- f) Actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;**
- g) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;**
- h) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo, nuclear o componente nuclear;**
- i) La participación directa del Co-acreditado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el Co-acreditado sea el provocador;**
- j) La participación del Co-acreditado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;**
- k) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Co-acreditado o elegidas voluntariamente por el Co-acreditado; y**
- l) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.**

3.4.5 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente Recíproca:

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Co-acreditado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula 3.4.6, el dictamen



de Invalidez Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado y/o del Co-acreditado, 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 certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Co-acreditado 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 no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Co-acreditado.

3.4.6 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente Recíproca.

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por una Institución de Seguridad Social o, en su defecto, por un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado y/o del Co-acreditado), acompañado de los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición y en la descripción de la cobertura de Invalidez Total y Permanente;
3. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Co-acreditado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
4. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Co-acreditado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
5. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Co-acreditado;
6. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal del Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Co-acreditado;
7. Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente Recíproca, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.5 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Única y exclusivamente respecto de ésta cobertura, por **“Padecimientos Preexistentes por Incapacidad Total Temporal”** deberá entenderse:



- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del Crédito, el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que el padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una Incapacidad Total Temporal; y/o
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del Crédito, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, Incapacidad Total Temporal;
- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del Crédito el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que existía un pronóstico de desarrollar Incapacidad Total Temporal, derivado del padecimiento de que se trate.

3.5.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en el Certificado Individual, y cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad el Asegurado se incapacite de manera total y temporal, la Compañía pagará al Contratante y Beneficiario irrevocable mientras subsista el estado de Incapacidad Total Temporal, de acuerdo con lo especificado en el Certificado Individual, el Pago Mensual Total, tratándose de Créditos Fijos o el Pago Mínimo al momento del Evento, tratándose de Créditos Revolventes, adeudado por el Asegurado al Contratante, de conformidad con lo siguiente, no pudiendo nunca exceder el número de pagos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado Individual.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización conforme a esta cobertura, la Compañía indemnizará al Contratante y Beneficiario irrevocable no pudiendo nunca exceder el número de pagos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado Individual, de acuerdo con los siguientes supuestos, de conformidad con lo estipulado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual.

- A. Pago Mensual: Los Pagos, que en su caso sean procedentes, se realizarán en función del tiempo que el Asegurado permanezca en estado de Incapacidad Total Temporal y según dicho Asegurado acredite a la Compañía que continua en el mencionado estado, conforme a la siguiente tabla:

Lapso de duración de la Incapacidad Total Temporal	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 pero menor a 120 días.	3
Mayor o igual a 120 días pero menor a 150 días.	4
Mayor o igual a 150 días pero menor a 180 días.	5
Mayor o igual a 180 días pero menor a 210 días.	6



- B. Pago en una sola Exhibición: La Compañía indemnizará al Contratante y Beneficiario irrevocable un monto único equivalente al número de pagos que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, desde el momento en el que el Asegurado acredite encontrarse en estado de Incapacidad Total Temporal, una vez transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, sin importar el tiempo que el Asegurado permanezca en dicho estado.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Incapacidad Total Temporal, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, que imposibilita al Asegurado temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso permanentemente en su domicilio, por prescripción de un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

3.5.2 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado por una sola ocasión cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura.

El beneficio de Incapacidad Total Temporal aplica únicamente para profesionistas independientes o personas con actividad independiente, que por su giro no son susceptibles del beneficio de la cobertura por Desempleo Involuntario, y que no estén cotizando en ningún sistema de seguridad social, por lo que las coberturas de Desempleo Involuntario y la de Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

3.5.3 Periodo de Carencia

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

3.5.4 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual a partir de que se determine la Incapacidad Total Temporal.

3.5.5 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá si la Incapacidad Total Temporal es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) **Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional;**



- c) **Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada;**
- d) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;**
- e) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte;**
- f) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador;**
- g) **Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;**
- h) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;**
- i) **Padecimientos y/o Enfermedades 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, por un médico o especialista con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública;**
- j) **Actos criminales en el que resulte responsable el Asegurado; y**
- k) **Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

3.5.6 Comprobación del estado de Incapacidad Total Temporal

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
4. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
5. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
6. Original del informe médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal;
7. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente;
8. Estado de cuenta del Crédito, el cual deberá estar al corriente de Pago;
9. Una vez comprobado el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, para el pago de las siguientes amortizaciones mensuales, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar en estado de Incapacidad Total Temporal, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, así



como los documentos que acrediten fehaciente e indubitablemente su estado de Incapacidad Total Temporal.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3.6 DESEMPLEO INVOLUNTARIO

3.6.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada para los Asegurados que sean empleados bajo contrato laboral por tiempo indeterminado, y que los mismos tengan plena capacidad para el trabajo, prestando a otra persona física o moral un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo.

Si el Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, llegare a perder su fuente de ingresos económicos derivado del Evento de desempleo involuntario, sin responsabilidad de su parte; la Compañía pagará al Contratante y Beneficiario irrevocable respecto de ésta cobertura, mientras subsista el estado de desempleo involuntario del Asegurado, y de acuerdo con lo especificado en el Certificado Individual, el Pago Mensual Total, tratándose de Créditos Fijos o el Pago Mínimo al momento del Evento, tratándose de Créditos Revolventes, adeudado por el Asegurado al Contratante, de conformidad con lo siguiente, no pudiendo nunca exceder el numero de pagos especificados en la póliza y/o certificado Individual.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización conforme a esta cobertura, la Compañía indemnizará al Contratante y Beneficiario irrevocable no pudiendo nunca exceder el numero de pagos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado Individual, de acuerdo con los siguientes supuestos, de conformidad con lo estipulado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual.

- A. Pago Mensual: Los Pagos, que en su caso sean procedentes, se realizarán en función del tiempo que el Asegurado permanezca en estado de Desempleo Involuntario y según dicho Asegurado acredite a la Compañía que continua en el mencionado estado, conforme a la siguiente tabla:

Lapso de duración del Desempleo Involuntario	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 pero menor a 120 días.	3
Mayor o igual a 120 días pero menor a 150 días.	4
Mayor o igual a 150 días pero menor a 180 días.	5
Mayor o igual a 180 días pero menor a 210 días.	6



- B. Pago en una sola Exhibición: La Compañía indemnizará al Contratante y Beneficiario irrevocable un monto único equivalente al número de pagos que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, desde el momento en el que el Asegurado acredite encontrarse en estado de Desempleo Involuntario, una vez transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, sin importar el tiempo que el Asegurado permanezca en dicho estado.

3.6.2 Restricciones

Este beneficio sólo podrá ser utilizado por el Asegurado por una sola ocasión cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura. Adicionalmente, se requiere que el Asegurado haya trabajado ininterrumpidamente, al menos los últimos 12 (doce) meses.

El beneficio de desempleo involuntario aplica únicamente para empleados bajo contrato laboral por tiempo indeterminado, prestando a otra persona física o moral un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, por lo que las coberturas de Desempleo Involuntario y la de Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

3.6.3 Periodo de Carencia

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

3.6.4 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Desempleo Involuntario del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual a partir de que tenga lugar el Evento.

3.6.5 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- a) **Si el Asegurado renuncia voluntariamente a su empleo;**
- b) **Cuando el Asegurado desempeñe funciones como director general, accionista o miembro del consejo de administración de la empresa de la cual lo despidan injustificadamente;**
- c) **Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada;**
- d) **Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento;**
- e) **Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, motín, o catástrofe nuclear;**
- f) **Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa);**
- g) **Por la participación del Asegurado en paros, o disputas laborales, y huelgas, en este último caso se aplicara la exclusión cuando el asegurado participe activamente en la consecución de la huelga.;**



- h) **Derivado de programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de ésta cobertura, para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o en general incluyan la descripción de las actividades laborales desempeñadas por el Asegurado; y**
- i) **Cuando el Asegurado hubiere tenido conocimiento de que se produciría su desempleo, dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha en que se contrate el Crédito.**

3.6.6 Comprobación del Desempleo Involuntario

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
4. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
5. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
6. A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos 1 (un) año de antigüedad a la fecha de reclamación de la indemnización por ésta cobertura, alguno de los siguientes documentos: (i) copia de contrato laboral por tiempo indeterminado; (ii) copia certificada de laudo arbitral que acredite la relación laboral; (iii) copia de los últimos 12/24 recibos de nómina -según hayan sido quincenales o mensuales-, con numeración consecutiva, si no fuere ésta consecutiva, sustentada con estados de cuenta bancarios en los que se acrediten los depósitos al titular del recibo sin dependencia económica con otro empleador; (iv) original de la carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral;
7. Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de liquidación; (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (iii) original de la carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (iv) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente;
8. Estado de cuenta del Crédito, el cual deberá estar al corriente de Pago;
9. Una vez comprobado el estado de desempleo involuntario del Asegurado, para el pago de los siguientes pagos mínimos mensuales, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar desempleado, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en instituto de seguridad social alguno.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el despido injustificado del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.



3.7 MUERTE ACCIDENTAL

3.7.1 Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará a los Beneficiarios indicados en el Certificado Individual respectivo, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en dicho Certificado Individual, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

3.7.2 Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura, no procederá si la muerte del Asegurado es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) 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;**
- b) Por la participación del Asegurado en o derivado de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
- c) Por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- d) Por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- e) Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
- f) Por la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.
 - a. Al encontrarse en vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares.****
- g) Como consecuencia de un Accidente de tránsito del que las autoridades no hayan tenido conocimiento.**



3.8 INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

3.8.1 Definiciones aplicables a esta Cobertura

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta cobertura, pudiendo ser en femenino o masculino, en plural o singular.

Cáncer

Significa la enfermedad caracterizada por el crecimiento y dispersión sin control de células anormales, que invaden y destruyen las células del tejido normal, siempre que no esté catalogado como tumor primario. El Diagnóstico de Cáncer, deberá ser soportado mediante un Reporte Patológico.

Cáncer de Mama

Significa el Cáncer manifestado en el recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular).

Reporte Patológico

Significa los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, basadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos del sitio en donde se sospecha pueda existir lesión o una manifestación de Cáncer, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático; dichos documentos deberán estar fechados y firmados por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer la oncología, osteopatía, anatomopatología, hematooncología o patología. Queda entendido que el médico que feche y firme el Reporte Patológico, no podrá ser familiar del Asegurado o vivir en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Reporte Patológico.

Diagnóstico de Cáncer

Para efectos de este seguro se entenderá que el Diagnóstico de Cáncer deberá basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba o Reporte Patológico.

3.8.2 Descripción de la Cobertura

La Compañía indemnizará al Asegurado de sexo femenino, únicamente cuando esta cobertura haya sido expresamente contratada, por la Suma Asegurada especificada en el Certificado Individual respectivo y por una sola vez, si el Asegurado es Diagnosticado de Cáncer de Mama durante la vigencia de la presente cobertura, dentro de los límites y condiciones que se especifican más adelante (demostración y periodo de espera).

La presente cobertura única y exclusivamente ampara el Diagnóstico de Cáncer de Mama que se haya dictaminado al Asegurado por primera vez, es decir, la primera manifestación u ocurrencia del Cáncer de Mama.

La presente cobertura se cancelará o dejará de surtir sus efectos al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:



BNP PARIBAS CARDIF

- A la terminación de la vigencia de esta cobertura, según aparece en el Certificado Individual respectivo;
- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado por Diagnóstico de Cáncer de Mama, según lo especificado por esta cobertura;

3.8.3 Demostración

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia 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.

3.8.4 Periodo de Carencia

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

3.8.5 Exclusiones

La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino.

La presente cobertura no ampara el Cáncer de Mama que sea efecto de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista con que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública;**
- b) Cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sea la mama;**
- c) Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- d) Cualquier tipo de Cáncer no especificado en la póliza.**
- e) Cáncer de Mama que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Diagnóstico de Cáncer;**
- f) Infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor). Si al momento de una crisis, el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;**
- g) Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- h) Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**
- i) Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**
- j) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.**



Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- a) **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; y**
- b) **Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

3.8.6 Comprobación del Diagnóstico de Cáncer de Mama

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
6. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro; y
7. Documentos que acrediten el Diagnóstico de Cáncer de Mama en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán un Reporte Patológico, así como todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para Diagnosticar el Cáncer de Mama.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de Cáncer de Mama del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.9 Servicios de Asistencia

En caso de contratarse y aparecer expresamente en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, este Contrato de seguro podrá incluir los Servicios Asistencia señalados a continuación, mismos que serán prestados por Prestador de Servicios señalado más adelante:

3.9.1 Asistencia médica

En caso de contratarse y aparecer expresamente en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, el Prestador de Servicios, prestará a favor del Asegurado, vía telefónica:

1. Orientación médica para Enfermedades No Graves respecto de los síntomas y molestias que el Asegurado pudiera llegar a padecer;



2. Información general sobre el uso de medicamentos, efectos secundarios generados por la ingesta, aplicación o uso de algún medicamento y dosis recomendadas;
3. Información general a cerca de salud pública y privada, así como a cerca de medidas sanitarias y de control de enfermedades.

Queda entendido por el Asegurado que la prestación de los Servicios de Asistencia médica antes referidos, no implican de forma alguna la emisión de un diagnóstico médico por parte del Prestador de Servicios, sino solo una orientación u opinión no vinculatoria, que podrá ser o no, tomada o seguida por el Asegurado a su entera discreción.

Los Servicios de Asistencia aquí descritos serán proporcionados por el Prestador de Servicios, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, pudiendo el Asegurado realizar llamadas o consultas de forma ilimitada.

En caso de que el Asegurado lo solicite expresamente, el Prestador de Servicios proporcionará, con cargo al Asegurado, los medios necesario para la obtención de un diagnóstico médico, ya sea: (i) enviando al domicilio que le indique el Asegurado, a un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; o (ii) concertando una cita para el Asegurado en un centro hospitalario. Queda expresamente entendido por el Asegurado, que cualquier costo incurrido por la prestación de los dos servicios antes descritos, corren por cuenta y cargo exclusivo del Asegurado.

3.9.2 Envío de Ambulancia Terrestre

Este Servicio de Asistencia, será aplicable siempre que se haya contratado y aparezca expresamente en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

En caso de que el Asegurado sufre un Accidente o Enfermedad y sea solicitado por el propio Asegurado o un tercero el envío de ambulancia terrestre a los teléfonos mencionados en la cláusula 3.9.5 y que dicho Accidente o Enfermedad le provoque al Asegurado síntomas, molestias, lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del Prestador de Servicios considere que la vida o la integridad física del Asegurado se encuentran en peligro y por lo tanto la hospitalización del Asegurado es necesaria; el Prestador de Servicios gestionará el envío de una ambulancia al lugar en donde se encuentre el Asegurado para su posterior traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado para los síntomas, molestias, lesiones o traumatismos que presente el Asegurado, de conformidad con la instrucción del propio Asegurado o del familiar del mismo, o en su defecto, del tercero que acompañe al Asegurado durante el traslado.

De ser necesario y cuando así lo considere pertinente el equipo médico del Prestador de Servicios, el traslado podrá efectuarse bajo supervisión de un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en una ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar.

Los Servicios de Asistencia aquí descritos serán proporcionados por el Prestador de Servicios, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.



El Asegurado tiene derecho a un evento por año sin costo alguno para el mismo, por lo que los eventos subsecuentes ocurridos en un periodo menor a un año, correrán por cuenta y cargo del Asegurado con un costo preferencial.

3.9.3 Los asegurados gozaran de los beneficios que a continuación se mencionan:

a.- Consultas Médicas en consultorio o Domicilio.

Este Servicio de Asistencia, será aplicable siempre que se haya contratado y aparezca expresamente en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

En caso de que el Asegurado lo solicite expresamente, el Prestador de Servicios proporcionará, con cargo al Asegurado, los medios necesario para la obtención de un diagnóstico médico, ya sea: (i) enviando al domicilio que le indique el Asegurado, a un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; o (ii) concertando una cita para el Asegurado en un centro hospitalario. Queda expresamente entendido por el Asegurado, que cualquier costo incurrido por la prestación de los dos servicios antes descritos, corren por cuenta y cargo exclusivo del Asegurado.

El Prestador de Servicios proporcionará mediante su red de proveedores con quienes tenga convenio las consultas médicas a las que se hace referencia el párrafo anterior desde \$150.00 (Ciento cincuenta pesos 00/100 M.N.). El asegurado deberá presentar una identificación que o acredite como usuario del programa, a fin de que se haga válido el precio con descuento.

Los Servicios de Asistencia aquí descritos serán proporcionados por el Prestador de Servicios, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, pudiendo el Asegurado realizar llamadas o consultas de forma ilimitada.

b.- Descuentos en farmacias, ópticas, laboratorios y hospitales.

Este Servicio de Asistencia, será aplicable siempre que se haya contratado y aparezca expresamente en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

El Prestador de Servicios proporcionará descuentos con su red de proveedores con quienes tenga convenios celebrados y vigentes. Se le informará al Asegurado el porcentaje de descuento sobre el precio al público que se aplicará en el servicio y en su caso se le gestionará la cita de acuerdo al tipo de proveedor, así como la ubicación que más le convenga. El asegurado deberá presentar una identificación que o acredite como usuario del programa, a fin de que se haga válido el precio con descuento.

Los Servicios de Asistencia aquí descritos serán proporcionados por el Prestador de Servicios, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, pudiendo el Asegurado realizar llamadas o consultas de forma ilimitada.

3.9.4 Exclusiones aplicables a los Servicios de Asistencia Médica, Envío de Ambulancia Terrestre, Consultas Médicas en consultorio o Domicilio y Descuentos en farmacias, ópticas, laboratorios y hospitales.



Los Servicios de Asistencia Médica, Envío de Ambulancia Terrestre, Consultas Médicas en consultorio o Domicilio y Descuentos en farmacias, ópticas, laboratorios y hospitales no serán prestados en, o no amparan cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia;
- b) Cuando el Asegurado no acredite su personalidad como derechohabiente de los Servicios de Asistencia;
- c) Cuando el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones necesarias para la prestación de los Servicios de Asistencia;
- d) Cuando los Servicios de Asistencia sean solicitados fuera de la vigencia del Certificado Individual;
- e) Cualquier gasto médico, farmacéutico y hospitalario, con excepción del Envío de Ambulancia Terrestre en los términos indicados en la cláusula 3.9.2.

Los Servicios de Asistencia Médica, Envío de Ambulancia Terrestre, Consultas Médicas en consultorio o Domicilio y Descuentos en farmacias, ópticas, laboratorios y hospitales no serán prestados cuando éstos deriven directa o indirectamente de:

- a. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- b. Auto lesiones o participación en actos criminales, siendo el asegurado el agresor.
- c. La participación en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
- d. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.
- e. La participación directa del asegurado en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.
- f. Los causados por mala fe del asegurado.
- g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
- h. Enfermedades o accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.
- i. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
- j. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- k. Enfermedades, accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
- l. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio
- m. La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el asegurado con dolo o mala fe.
- n. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.



- o. **Rescate o aquellas situaciones en las que el asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás accidentes del terreno o lugar.**

3.9.5 Datos de contacto para acceder a los Servicios de Asistencia

Nombre del Prestador de Servicios: _____

Teléfonos: _____

Domicilio: _____

4. CONDICIONES GENERALES

4.1 Edad

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

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

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

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la Fecha de Alta del Certificado Individual.

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en Fecha de Alta del Certificado Individual;
- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que



hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;

- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha de Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en el Certificado Individual y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

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

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

4.2 Prima

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

El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

En caso de pago fraccionado, la primera fracción de la Prima vence en la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo. Una vez vencido este primer pago de la Prima, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla. Los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido fuera del periodo de vigencia de éste Contrato de Seguro y/o del Certificado Individual respectivo.

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

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria del Contratante, el estado



de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante y/o al Asegurado, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos automáticamente, a las doce horas del último día del periodo de gracia o del plazo de pago, a que se refiere el tercer párrafo de ésta cláusula.

En el evento de que el Contratante y/o el Asegurado no pagaren las Primas y demás prestaciones que hubiese(n) contraído en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.3 Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la póliza y/o Certificado Individual respectivo.

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

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Alta del Certificado Individual especificada el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer o ser parte del Grupo Asegurado;
- Al extinguirse la obligación a cargo del Asegurado derivada del Crédito, remisión, compensación, novación u otra causa legal;
- Por cesión del Crédito o de la deuda a cargo del Asegurado;
- Por vencimiento anticipado del Crédito;
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado;
- En la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro.

4.4 Renovación

Una vez transcurrido el periodo de vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovar el Contrato de Seguro en forma automática mediante endosos, bajo las mismas condiciones en las que fue contratado, siempre y cuando se reúnan los requisitos que establece el Reglamento, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro. La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.

4.5 Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará al Beneficiario las indemnizaciones que correspondan por cada cobertura contratada, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

4.6 Beneficiarios



- El Contratante es el Beneficiario irrevocable Respecto del Saldo Insoluto, para efectos de las coberturas descritas en la cláusulas 2.1, 3.2 , 3.3 y 3.4 de este Contrato de Seguro, el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado. Asimismo y únicamente en caso de que existiere alguna cantidad remanente una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, significa la (s) persona (s) designada (s) por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo;
- Respecto de las coberturas descrita en la cláusula 3.1 y 3.7 aquella(s) persona(s) designada(s) por el asegurado en el Certificado Individual respectivo;
- Respecto de la indemnización aplicable, para efectos de las coberturas descritas en la cláusulas 3.5 y 3.6 de este Contrato de Seguro, el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.
- Respecto de la cobertura descrita en la cláusula 3.8 el propio Asegurado.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Asegurado podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un Beneficiario con carácter irrevocable.

El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible (Artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha con anterioridad (Artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se harán en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro, sin embargo, el Asegurado podrá disponer libremente del derecho de designación de Beneficiario en la póliza, en cualquier momento de su vigencia, siempre que no haya renunciado a este derecho. La Compañía quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio o la indemnización correspondiente se distribuirá en partes iguales. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás (Artículo 177 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Por herederos o causahabientes designados como Beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al Asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión (Artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).



La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

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.

Toda vez que el objeto del presente Contrato de Seguro es garantizar al Contratante (i) el pago del Saldo Insoluto por parte de sus Acreditados y, en su caso, Co-acreditados al verificarse cualquiera de los Eventos de Fallecimiento, Fallecimiento Recíproco, Invalidez Total y Permanente e Invalidez Total y Permanente Recíproca; y (ii) por el numero de pagos especificados en la carátula póliza y/o certificado individual al verificarse cualquiera de los Eventos de Incapacidad Total Temporal y Desempleo Involuntario, queda entendido por las partes que el Contratante es el Beneficiario irrevocable de este Contrato de Seguro respecto de las coberturas de Fallecimiento, Fallecimiento Recíproco, Invalidez Total y Permanente e Invalidez Total y Permanente Recíproca, hasta por el monto del Saldo Insoluto y respecto de las coberturas de Incapacidad Total Temporal y Desempleo Involuntario hasta por el numero de pagos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado individual. Adicionalmente respecto a la cobertura de Muerte Accidental y Fallecimiento Complementario los beneficiarios serán aquellos que se indiquen con tal carácter en el certificado individual. Y Respecto a la Cobertura de Cáncer de mama el propio asegurado.

4.7 Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido por el Artículo 15 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, el Contratante se obliga a lo siguiente:

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



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

4.8 Derechos de los Asegurados

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto amparado por el seguro más sus accesorios o los Pagos adeudados por el Asegurado al Contratante, no pudiendo nunca exceder dichos Pagos al número de pagos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado individual según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Certificado Individual, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto o los Pagos adeudados por el Asegurado al Contratante, no pudiendo nunca exceder al número de pagos especificados en la carátula de la póliza y/o certificado individual según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

El Asegurado sus causahabientes o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

En caso de que el Contratante no entregue el Certificado Individual al Asegurado, éste podrá solicitarlo directamente a la Compañía.

4.9 Ingresos

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

Tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan otorgado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieren adquirido el derecho de formar parte de Grupo Asegurado, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado dicha situación, podrá exigir requisitos médicos para asegurarlas, en caso de no hacerlo así, dichas personas quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

4.10 Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando automáticamente sin validez el Certificado Individual respectivo. Cuando sea aplicable, la Compañía restituirá al Contratante y/o al Asegurado (en la proporción correspondiente) parte de la prima neta no devengada respecto de las personas que se separen del Grupo Asegurado, calculada en días exactos.



4.11 Terminación del Contrato de Seguro

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía, en caso de cancelación, la Compañía tendrá derecho a la Prima que corresponda al periodo durante el cual estuvo en vigor el Contrato de Seguro, devolviendo en su caso, la prima de riesgo no devengada correspondiente. En caso de que la forma de pago sea mensual, cualquier cancelación que ocurra dentro del mes pagado, surtirá efecto al término de la vigencia del periodo cubierto por el pago.

4.12 Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado y/o el Beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro (Evento) y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía, para lo cual gozará(n) de un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento. Cuando el Asegurado y/o el Beneficiario no cumplan con el aviso en el plazo señalado, la Compañía podrá reducir de la prestación que, en su caso se deba, hasta el importe que hubiera correspondido si el aviso se hubiera dado oportunamente.

4.13 Indemnización

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

4.14 Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el(los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al(los) Beneficiario(s) 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.

“Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el



Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- *Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*

III.- *En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;*

IV.- *En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;*

V.- *En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;*

VI.- *Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.*

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- *Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y*

VIII.- *Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.”*

4.15 Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán, respecto de las coberturas de fallecimiento en 5 (cinco) años contados desde la fecha del



acontecimiento que les dio origen y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

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

4.17 Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciban la póliza o el Certificado Individual, respectivamente. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

Este Contrato de Seguro podrá ser modificado mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable.

4.18 Comunicaciones

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

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, ésta



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

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

4.19 Comisión o Compensación Directa

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

4.20 Moneda

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

4.21 Cesión

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

4.22 Dividendos

Esta póliza no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

4.23 Suscripción

Tratándose de Sumas Aseguradas por cantidades superiores a \$500,000.00 (Quinientos mil pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos 00/100), la admisión de los Acreditados y Co-acreditados al Grupo Asegurado estará sujeta a la previa solicitud y evaluación del riesgo por parte de la Compañía. Las condiciones de suscripción del riesgo, serán de acuerdo a la edad del Asegurado y la Suma Asegurada contratada:

**REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN
SUMA ASEGURADA**

EDAD DEL ASEGURADO	CONSENTIMIENTO O SOLICITUD PARA LA APERTURA DE CRÉDITO	CUESTIONARIO MÉDICO SIMPLE	EXAMEN MEDICO, EXAMEN GENERAL DE ORINA (INCLUYE ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO DE LA ORINA Y MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO URINARIO)	EXAMEN GENERAL DE ORINA (INCLUYE ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO DE LA ORINA Y MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO URINARIO), QUÍMICA SANGUÍNEA DE 12 ELEMENTOS DEBE DE ABARCAR, GLUCOSA, ÁCIDO ÚRICO, CREATINA, COLESTEROL, HDL, TRIGLICÉRIDOS, TGO, TGP, GGT, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, VIH	EXAMEN GENERAL DE ORINA (INCLUYE ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO DE LA ORINA Y MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO URINARIO), QUÍMICA SANGUÍNEA DE 12 ELEMENTOS DEBE DE ABARCAR, GLUCOSA, ÁCIDO ÚRICO, CREATINA, COLESTEROL, HDL, TRIGLICÉRIDOS, TGO, TGP, GGT, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, VIH, ELECTROCARDIOGRAMA
--------------------	--	----------------------------	--	--	--



18 – 45 años	De o Hasta \$1'000,000	Arriba de \$1'000,000 hasta \$3'500,000	Arriba de \$3'500,000 hasta \$10'000,000		
46 – 59 años	De o Hasta \$1'000,000	Arriba de \$1'000,000 hasta \$2'500,000	Arriba de \$2'500,000 hasta \$4'000,000	Arriba de \$4'000,000 hasta \$5'500,000	Arriba de \$5'500,000 hasta \$10'000,000
60 años – en adelante	De o Hasta \$1'000,000	Arriba de \$1'000,000 hasta \$2'00,000	Arriba de \$2'000,000 hasta \$3'500,000	Arriba de \$3'500,000 hasta \$5'000,000	Arriba de \$5'000,000 hasta \$10'000,000

De conformidad con la tabla inmediata anterior, el Acreditado y el Co- acreditado deberán requisitar los documentos denominados “Consentimiento o solicitud para la apertura de crédito” y “Cuestionario Médico Simple”, según sea el caso, documentos que se adjuntan al presente Contrato de Seguro para todos los efectos legales a que haya lugar.

Asimismo y en caso de ser aplicable conforme a la mencionada tabla, o a los resultados previos de los cuestionarios médicos o declaración de Salud, el Acreditado y el Co-acreditado deberán someterse a los exámenes médicos mencionados correspondientes a la suma asegurada y rango de edad al que pertenezca.

Cuando el Acreditado y el Co-acreditado hayan solicitado su admisión al Grupo Asegurado, conforme a los parámetros previamente establecidos, la Compañía les notificará a través del Contratante si el riesgo propuesto ha sido o no aceptado por la Compañía:

- Dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en la que el Acreditado y el Co-acreditado hayan requisitado y entregado a la Compañía (a través del Contratante) el “Consentimiento o solicitud para la apertura de crédito” y “Cuestionario Médico Simple”; en los casos en los que la que la admisión del Acreditado y el Co-acreditado únicamente esté sujeta a la requisición de los mencionados documentos, conforme a la tabla anterior; o
- Dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en la que el Acreditado y el Co-acreditado hayan entregado el resultado de los exámenes medicos correspondientes a la suma asegurada en los casos en los que la admisión del Acreditado y el Co-acreditado esté sujeta al sometimiento a los exámenes y análisis de laboratorio antes mencionados, conforme a la tabla anterior. Los resultados que el Acreditado y el Co-acreditado presenten en relación con los previamente mencionados, deberán ser recientes, no mayores a 60 (sesenta) días de haberse realizado.

El contrato de seguro se perfeccionará desde el momento que el Acreditado y el Co-acreditado tuvieren conocimiento de la aceptación de su inclusión en el Grupo Asegurado (Artículo 21 Ley sobre el Contrato de Seguro).

Los rangos aplicables a las exclusiones indicadas en las coberturas podrán cambiar previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía.

4.24 Territorialidad

Las coberturas amparadas en este Contrato de Seguro se aplicarán en caso de Eventos ocurridos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. El presente Contrato de Seguro surtirá sus efectos exclusivamente dentro de los Estados Unidos Mexicanos.



4.25 Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) fecha de entrada en vigor y de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

4.26 Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, relativa a las pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

4.27 Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y eficientar el proceso de administración y gestión de la póliza, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

4.28 Entrega de Certificados Individuales

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de ésta Cláusula, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular.

Contraseña Significa la clave o la cadena alfanumérica asignada al Asegurado que adicionalmente a confirmar su identidad, es la aceptación de la atribución de las transacciones realizadas por el Asegurado, a través de los Medios Electrónicos. La Contraseña tiene los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa conforme a la legislación, siendo admisible como prueba en juicio.

Medios Electrónicos Significa el Internet, el correo electrónico, el teléfono y la grabación inherente a la llamada telefónica. Queda entendido que los Medios Electrónicos mencionados anteriormente, son los únicos que las partes reconocen y aceptan y que su utilización atenderá a la naturaleza



de la operación a realizar y al alcance de los mismos.

Usuario Significa la clave o la cadena alfanumérica asignada al Asegurado a efecto de identificarse frente a la Compañía o frente terceros.

Sin perjuicio de lo dispuesto por la Cláusula 4.27 anterior y de que este Contrato de Seguro, por su naturaleza, no es comercializado a través de Medios Electrónicos, la Compañía, con la única finalidad de facilitar la gestión de este seguro y de otorgar un acceso expedito a los Asegurados a la documentación contractual; cuando la Compañía se encuentre en posibilidad de poner a disposición de los Asegurados los Certificados Individuales a través de Medios Electrónicos, lo hará de su conocimiento al momento de la contratación de este seguro y/o de la incorporación de los Acreditados y posibles Asegurados al Grupo Asegurado.

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados el Certificado Individual, de la siguiente manera:

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

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

En caso de que el Asegurado no este en posibilidad de tener acceso a los Medios Electrónicos antes referidos, deberá manifestarlo a la Compañía por escrito, quien podrá optar por alguna de las siguientes opciones:

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

Cuando la Compañía proporcione a los Asegurados acceso a su Certificado Individual, a través de Medios Electrónicos, la Compañía está obligada a proporcionar al Asegurado la siguiente información:

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



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

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

En caso de que el Asegurado no pudiese tener acceso al Certificado Individual respectivo por cualquier causa, a través de la página electrónica designada, el Asegurado podrá comunicarse al siguiente número telefónico: _____ para que, a elección del Asegurado, la Compañía le haga llegar por correo especializado, por correo certificado o por correo electrónico el mencionado Certificado Individual, a más tardar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes contados a partir de la fecha en la que el Asegurado se haya comunicado con la Compañía.

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

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

El Asegurado reconoce y acepta que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para este, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad que pueden derivar en diversas modalidades de fraude en perjuicio del propio Asegurado y/o sus Beneficiarios, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal. La Compañía sugiere al Asegurado seguir pautas de protección, como las mencionadas a continuación de manera enunciativa más no limitativa:

- ✓ No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en riesgo la confidencialidad de la información;



BNP PARIBAS CARDIF

- ✓ Instalar en su computadora personal, software anti-spyware y anti-virus, así como mantenerlos actualizados; y
- ✓ Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico. Queda entendido que la Compañía nunca solicitará al Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.

4.29 Entrega de documentación contractual

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

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. Tratándose del Certificado Individual, se hará de conformidad con lo establecido en la Cláusula 4.28 anterior;
3. A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
4. A través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 3 y 4, resguardará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

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

4.30 Omisiones e Inexactas Declaraciones

La Compañía en este acto renuncia al derecho de rescisión del Contrato de seguro por omisiones o inexactas declaraciones de hechos relevantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

4.31 Datos Personales

Las partes contratantes se obligan a cumplir con lo establecido en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

“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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

*Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-____-____ de fecha
__ de ____ de 20__”*



**CUESTIONARIO MEDICO DEL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO
(ENDOSOS)**

Para efectos de este cuestionario médico, Enfermedades Banales no aplican. Se considerarán como “Enfermedades Banales” a las siguientes:

- Gripas, faringitis, laringitis, amigdalitis, tos viral, resfriado, catarro (si tienen menos de dos semanas manifestación y no son crónicas);
- Miopía, astigmatismo y estrabismo;
- Gastritis, agruras (si tienen menos de dos semanas de manifestación y no son crónicas);
- Fracturas sin secuelas, dolor muscular y reuma.

Nombre del Proponente/Solicitante	XXXX	
Lugar y Fecha de Nacimiento	XXXX	
¿Es usted residente permanente en México (Estados Unidos Mexicanos)?	Si___	No___
Profesión	Actividad a la que se dedica / Giro del Negocio	
XXXX	XXXX	
Ingresos Anuales	XXXX	
Hábitos		
¿Fuma usted más de 31 (treinta y un) cigarrillos por día?	Si___	No___
¿Ha recibido usted tratamiento, sobre el abuso del alcohol o sobre alcoholismo?	Si___	No___
Deportes		
¿Practica usted deportes riesgosos o en forma profesional o amateur?	Si___	No___
Antecedentes		
Estatura		
Peso		
¿Padece actualmente alguna incapacidad o síntomas de alguna enfermedad?	Si___	No___
¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	Si___	No___
¿Ha padecido o padece de: cáncer, tumores, diabetes, hipertensión, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema músculo-esquelético, enfermedades de la sangre, enfermedades del sistema digestivo o urinario, enfermedades del sistema linfático, endocrino o tegumentario (piel), enfermedades neurológicas o mentales?	Si___	No___
¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico, psiquiátrico o de cualquier tipo?	Si___	No___
En caso de que haya contestado de manera afirmativa a alguna de las anteriores preguntas, favor de detallar respuesta(s) a continuación:		
XXXX		



Nombre del Acreditado: XXXXX
Fecha: XXXXXXXX

NOTA: Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., informa a la persona que requirite esta solicitud, que toda la información que se solicita en la misma, será utilizada únicamente para efectos de analizar la posible aceptación de la propuesta de seguro y su contratación.

El Contratante autoriza a Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., o a cualquier persona que ésta designe, y dentro de los límites previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, para que tenga libre acceso a la información que de conformidad con la normatividad aplicable requiera del Contratante, por virtud de la cual se pretenda afectar la póliza de seguro.

Se puede acceder a las políticas de privacidad de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. en el sitio de internet <http://www.cardif.com.mx>

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)

Número de Póliza		Moneda	
		Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos	
Contratante		RFC	
Domicilio: calle, número y colonia			
Municipio o Delegación	Entidad Federativa o Población	Código Postal	Teléfono
Grupo Asegurado y Características del Grupo Asegurado		Beneficiario Preferente e Irrevocable	

Fecha de Inicio de Vigencia y Duración de la vigencia	Prima Neta	Gastos de Expedición	IVA	Prima Total	Forma de Pago

Cobertura(s)	Suma Asegurada o regla para determinarla	Suma Asegurada Máxima	Numero de Eventos por cobertura	Periodo de espera	Edades de Contratación y Renovación	Pago de la Prima A cargo de:	Únicamente aplica para Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal
Cobertura Básica:							Forma de Pago:
Cobertura(s) Adicional(es):							*Pago Mensual Numero de Pagos a Indemnizar : _____
Asistencias:							*Pago en una sola Exhibición Antigüedad Laboral: _____
							Lapso de tiempo para la rehabilitación de cobertura: _____

Contribución de los Asegurados al pago de la Prima	Límites de edad para ingresar al Grupo Asegurado y para la renovación	Tipo de Crédito
		Crédito Fijo Crédito Revolvente

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado, de conformidad con las declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares, cláusulas y Certificados Individuales del Contrato de Seguro, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la indemnización respectiva.

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



“Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

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

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.”

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)

Solicito en mi carácter de Contratante, una póliza de seguro para lo cual hago las siguientes declaraciones:

Contratante		RFC	
Características del grupo asegurable			
Domicilio			
Calle y Número		Colonia	
Cuidad / Estado		C.P.	
Giro del Negocio (objeto social / actividades principales de la empresa)			
Relación de las personas integrantes del grupo asegurable con el Contratante		Número de personas que formarán parte del grupo	
Porcentaje con el que cada miembro del grupo asegurable, en su caso, contribuirá al pago de la prima correspondiente:			
Vigencia		Regla para determinar la suma asegurada individual	
Desde_____ Hasta_____			
Moneda		Forma de Pago	
		Mensual Trimestral Semestral Anual	
Pago de la prima, A cargo de:			
Coberturas Básicas:		Coberturas Adicionales:	
¿Incluirá Asistencias?		Si No	
Operación de seguro		Naturaleza del riesgo a asegurar	



Número, edad y sexo de las personas integrantes del grupo asegurable

* En caso de ser necesario, favor de desglosar dicha información en documentos adjuntos a esta solicitud

Características particulares o especiales del grupo asegurable

Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivadas de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen

Mediante este seguro, ¿se busca garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?

Si

No

Descripción de la prestación u obligación a garantizar

Se acompañaran los consentimientos de cada uno de los miembros del grupo que al celebrarse el Contrato serán Asegurados, los cuales contienen tanto los datos para apreciar los riesgos, como la designación de beneficiarios.

Firmado en

Firma del Contratante

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Compañía, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



**CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL
Seguro de Vida Deudores Corto Plazo (Endosos)**

Contratante: **Cardif México Seguros de Vida S.A. de C.V. hace constar que:**
 Operación: Vida
 De la Póliza: XX.XXXXXXXXXXXXXX
 No. De Certificado:
 Con vigencia de la Póliza del: / / al / /
 Con vigencia del Certificado del: / / al / /

Datos del Asegurado:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	Edad	(Años Cumplidos)
Calle	Numero	Colonia	Población y Estado		Código Postal			
Teléfono								

Datos del Co-Acreditado: (En caso de ser aplicable):

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	Edad	(Años Cumplidos)
Calle	Numero	Colonia	Población y Estado		Código Postal			
Teléfono								

Tipo de Crédito::	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Revolvente
Forma de Pago:		

	Cobertura(s):	Pago de Prima a Cargo de:	Suma Asegurada Máxima
Básica			
Adicional			

Beneficiarios

Nombre	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Carácter	%

Servicios de Asistencia

*Asistencia Medica *Envió de Ambulancia *Consulta Medica en Consultorio o Domicilio *Descuentos en Farmacia, Ópticas Laboratorios y Hospitales

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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.

Compañía se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado que arriba se de indica, de conformidad con las declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares, cláusulas y Certificados Individuales del Contrato de Seguro, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la indemnización respectiva.

El Asegurado en este acto otorga su consentimiento para que el Contratante y Beneficiario irrevocable, ceda o transmita de forma alguna los beneficios y/o derechos derivados del Contrato de Seguro a la(s) persona(s) que el Contratante instruya por escrito a la Compañía.

Firma de Autorización

Firma del asegurado

--	--



La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas 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 actualización bajo el reglamento número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto más sus accesorios o de los Pagos correspondientes amparados por el Contrato de Seguro, según sea el caso.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Certificado Individual, a fin de que éste esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes para la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, pueda ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto más sus accesorios o de los Pagos correspondientes amparados por el Contrato de Seguro, según sea el caso.

El Asegurado debe informar a la Compañía, a través del Contratante, su domicilio, a efecto de que se le pueda notificar lo señalado en el párrafo anterior.

El Asegurado podrá solicitar las condiciones generales directamente al Contratante y/o a la Compañía, vía telefónica al número [] y/o consultarlas en la siguiente página de Internet [].

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

“Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

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

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

CONSENTIMIENTO CO-ACREDITADO/ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL Seguro de Vida Deudores Corto Plazo (Endosos)

En mi carácter de Co-acreditado, por medio del presente otorgo mi consentimiento de la manera más amplia que en derecho proceda para pertenecer al Grupo Asegurado, bajo el Contrato de Seguro entre el Contratante y Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., únicamente respecto de las coberturas adicionales de Fallecimiento Recíproco e Invalidez Total y Permanente Recíproca que cubren el Saldo Insoluto del Crédito suscrito entre el Acreditado y el Contratante.

En este acto, designo como Beneficiario irrevocable respecto de este seguro al Contratante, por tratarse de un seguro que tiene por objeto garantizar el Crédito concedido por el Contratante a favor del Asegurado y de conformidad con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de este seguro contenidas en la documentación contractual.

Firma del asegurado	Fecha



Aviso de Privacidad

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

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

Las **finalidades** de obtener sus datos personales son: (1) evaluación del riesgo propuesto; (2) cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif; (3) cumplimiento de las obligaciones legales que le derivan a Cardif, así como de las políticas y procedimientos internos; (4) identificación; (5) operación, gestión y administración de los productos y servicios que usted tiene contratados o que llegare a contratar con Cardif; (6) atención de cualquier consulta, duda, aclaración o queja; (7) otorgamiento de beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; y (8) cualquier otro fin similar o análogo a los antes mencionados.

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

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

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



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

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

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

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

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	1
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Básica por Fallecimiento, modificando la cláusula 2.1.2, para quedar redactada en los términos que a continuación se establecen:

”2.1.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. En caso de actualizarse el evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva.“**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	2
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Fallecimiento Complementario, modificando la cláusula 3.1.2 para quedar redactada en los términos que a continuación se establecen:

“3.1.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. En caso de actualizarse el evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva.”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-____ de fecha ____ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	3
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Fallecimiento Recíproco, modificando la cláusula 3.2.2, para quedar redactada en los términos que a continuación se establecen:

“3.2.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Co-acreditado a consecuencia de:

- a) Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Co-acreditado. En caso de actualizarse el Evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva.”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	4
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Fallecimiento Recíproco, modificando la cláusula 3.2.2, para quedar redactada en los términos que a continuación se establecen:

“3.2.2 Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del Co-acreditado a consecuencia de:

- a) **Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Co-acreditado. En caso de actualizarse el Evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la reserva matemática respectiva.**
- b) **Padecimientos Preexistentes, siempre que el fallecimiento haya ocurrido dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual. ”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-____ de fecha ____ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	5
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente, modificando la cláusula 3.3.3 para efecto de cubrir preexistencias a que se refiere la clausula mencionada, queda redactado de la siguiente forma:

“3.3.3Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) **Lesiones auto inflingidas 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 Asegurado.**
- b) **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.**
- c) **Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- d) **El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- e) **La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña o actos relacionados con cualquiera de los anteriores, siempre y cuando el asegurado sea el provocador de dicha riña;**



BNP PARIBAS CARDIF

- f) 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. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por el Asegurado.**

- g) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento;**

- h) Padecimientos derivados de intento de suicidio.”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-____ de fecha __ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	6
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente Recíproca, modificando la cláusula 3.4.4, para efecto de cubrir preexistencias a que se refiere la cláusula mencionada, queda redactado de la siguiente forma:

“3.4.4 Exclusiones

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

- a) **Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual, siempre que la Invalidez Total y Permanente se presente dentro de los primeros 6 (seis) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual;**
- b) **Intento de suicidio;**
- c) **Lesiones auto-inflingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Co-acreditado;**
- d) **Actos ocurridos por culpa grave del Co-acreditado, 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;**
- e) **Actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;**
- f) **Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;**



BNP PARIBAS CARDIF

- g) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo, nuclear o componente nuclear;**
- h) La participación directa del Co-acreditado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el Co-acreditado sea el provocador;**
- i) La participación del Co-acreditado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;**
- j) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Co-acreditado o elegidas voluntariamente por el Co-acreditado; y**
- k) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	7
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Invalidez Total y Temporal, modificando la cláusula 3.5.5, para efecto de cubrir preexistencias a que se refiere la clausula mencionada, queda redactado de la siguiente forma:

“3.5.5 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá si la Incapacidad Total Temporal es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) **Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional;**
- c) **Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada;**
- d) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;**
- e) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte;**
- f) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador;**
- g) **Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;**



BNP PARIBAS CARDIF

- h) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;**
- i) Actos criminales en el que resulte responsable el Asegurado; y**
- j) Padecimientos derivados de intento de suicidio.”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-____ de fecha ____ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	8
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Adicional por Diagnosticó de Cáncer de Mama, modificando la cláusula 3.8.5 para efecto de cubrir preexistencias a que se refiere la clausula mencionada, queda redactado de la siguiente forma:

“3.8.5 Exclusiones

La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino.

La presente cobertura no ampara el Cáncer de Mama que sea efecto, total o parcial de alguna de las siguientes situaciones:

- a) **Cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sea la mama;**
- b) **Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- c) **Cualquier tipo de Cáncer no especificado en la póliza.**
- d) **Cáncer de Mama que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de al emisión del Diagnóstico de Cáncer;**
- e) **Infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor). Si al momento de una crisis, el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;**
- f) **Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- g) **Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**



BNP PARIBAS CARDIF

- h) Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**
- i) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.**

Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- j) 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; y**
- k) Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)”**

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-__ de fecha __ de ____ de 20__”



ENDOSO NUMERO:	9
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican las exclusiones de la Cobertura Básica por Fallecimiento, modificando la cláusula 2.1.2, para quedar redactada en los términos que a continuación se establecen:

"2.1.2 Exclusiones

Esta cobertura no tiene exclusiones."

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.



ENDOSO NUMERO:	10
A LAS CONDICIONES GENERALES DEL:	SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CORTO PLAZO (ENDOSOS)
NUMERO DE POLIZA:	
GRUPO ASEGURADO:	Significa las personas fisicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo. Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas de Fallecimiento Recíproco y de Invalidez Total y Permanente Recíproca, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.
CONTRATANTE:	

La Compañía, previa solicitud del Contratante emite el presente endoso y salvo por lo expresamente aquí señalado, serán aplicables, en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales del seguro.

Se modifican la exclusión de la Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente Recíproca, para efectos de que la Compañía y el Contratante acuerden modificar el tiempo en el que se excluyen Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual de esta cobertura, para quedar redactada en los términos que a continuación se establecen:

b).- Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual, siempre que la Invalidez Total y Permanente se presente dentro del plazo que estipulen el contratante con la compañía.

El presente endoso se emite el día ____ de _____ de 20____.

“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-____-____ de fecha ____ de ____ de 20__”



**BNP PARIBAS
CARDIF**