



CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIOS

La COMPAÑÍA, emite el presente Contrato de Seguro sobre la vida e integridad física del asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

1. DEFINICIONES

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

Accidente	Significa acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales en, o la muerte de la persona del Asegurado.
Acreditado	Significa la persona física a quien el Contratante ha concedido un Crédito en términos del contrato de Crédito respectivo, respecto del cuál tiene la obligación de pagar Mensualidades hasta liquidar el Saldo Insoluto del mismo.
Asegurado	Significa el Acreditado que cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que haya otorgado su consentimiento para quedar asegurado por el presente Contrato de Seguro.
Beneficiario	Significa el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Acreditado. El Contratante será Beneficiario preferente e irrevocable, hasta por el Saldo Insoluto del Crédito que haya otorgado a favor del Acreditado.
Compañía	Significa Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.
Consentimiento/ Certificado Individual	Significa el documento mediante el cual (i) el Acreditado hace constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado; y (ii) la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, la vigencia y demás datos que detallen las características del riesgo cubierto por la Compañía, respecto de cada Asegurado.
Contratante	Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados, salvo lo dispuesto por el Artículo 159 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas, según lo especificado en la carátula de la póliza, a



proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.

Contrato de Seguro	Significa el contrato de seguro, según sea modificado o adicionado en cualquier tiempo, integrado por los siguientes documentos: <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 Consentimiento/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.
Crédito	Significa el crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.
Enfermedad	Significa toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales.
Evento	Significa la ocurrencia de cualquiera de los riesgos 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 Consentimiento/Certificado Individual respectivo, en la cual inicia la vigencia de éste Contrato de Seguro.
Fecha de Alta del Consentimiento/Certificado Individual	Significa la fecha indicada en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.
Grupo Asegurado	Significa los Acreditados designados por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su consentimiento expreso para formar parte del grupo.
Mensualidad	Es el abono mensual y consecutivo que está obligado a realizar el Asegurado al Contratante por concepto de pago del Crédito otorgado por este último, calculado y preestablecido al momento del otorgamiento de dicho Crédito conforme al esquema de pagos pactados. El monto de cada Mensualidad no incluye cargos, intereses moratorios, amortizaciones vencidas no pagadas, sanciones y/o penas convencionales.
Padecimientos Preexistentes	Significa aquellos padecimientos que con anterioridad a la contratación del Crédito: <ul style="list-style-type: none">a) Se haya declarado su existencia; ob) El Asegurado haya realizado gastos comprobables



documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
c) Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya 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.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, 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 Asegurado y en caso de ser procedente la reclamación, la indemnización será liquidada por la Compañía.

Periodo de Carencia	Significa el lapso de tiempo durante el cual el Contratante y/o el Asegurado, según sea el caso, pagan las Primas correspondientes, pero no se 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 (los) Beneficiarios no tienen derecho al pago de la indemnización correspondiente.
Periodo de Espera	Significa el lapso de tiempo en el que el Asegurado deberá mantenerse ya sea en estado de Invalidez Total 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.
Prima	Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado, según lo especificado 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, dentro del periodo de 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 fracciones, así como el impuesto al valor



agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Saldo Insoluto Significa la cantidad de dinero total adeudada y no pagada por el Asegurado al Contratante en los términos del 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.

Para efectos de éste Contrato de Seguro, no forman parte del Saldo Insoluto los pagos vencidos, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo (intereses moratorios), comisiones, cuotas, así como tampoco el pago de daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales, que en su caso, el Asegurado llegara a adeudar al Contratante.

Suma Asegurada Significa la cantidad indicada en la carátula de la póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo, de conformidad con lo especificado en cada cobertura, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento.

2. COBERTURA BÁSICA

2.1 FALLECIMIENTO

2.1.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario en una sola exhibición, el Saldo Insoluto respectivo, de conformidad con lo señalado en el Consentimiento/Certificado Individual.

Queda entendido que el monto máximo por el cual la Compañía está obligada al pago de la indemnización respecto de esta cobertura, no podrá exceder en ningún caso de la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

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 Consentimiento/Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Consentimiento/Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. En caso de actualizarse el evento antes descrito, la Compañía, únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada respectiva; y

b) Padecimientos Preexistentes, por Accidentes o Enfermedades



ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/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.

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:

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- c) Copia del certificado de defunción del Asegurado;
- d) Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
- e) Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- f) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial vigente, con fotografía y firma del Asegurado. En caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- g) Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- h) Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado; y
- i) Original del Consentimiento/Certificado Individual. En caso de no contar con él, cualquier otro documento 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 fallecimiento 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.

Con el pago al Beneficiario por Fallecimiento del Asegurado, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada la cobertura otorgada bajo este Contrato de seguro.

3. COBERTURAS ADICIONALES

3.1 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Única y exclusivamente respecto de ésta cobertura, para “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



CARDIF

GRUPO BNP PARIBAS

- 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.

3.1.1 Descripción de la Cobertura

Esta cobertura aplicará cuando así se hubiere contratado expresamente, según lo especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, correspondiente.

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario en una sola exhibición, el Saldo Insoluto respectivo, de conformidad con lo señalado en el Consentimiento/Certificado Individual.

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.

Queda entendido que el monto máximo por el cual la Compañía está obligada al pago de la indemnización respecto de esta cobertura, no podrá exceder en ningún caso de la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

3.1.2 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos 180 (ciento ochenta) días naturales de ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca de forma continua e in-interrumpida durante el mencionado periodo de tiempo.

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.

3.1.3 Exclusiones

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

a) Padecimientos Preexistentes por Accidentes o Enfermedades



CARDIF

GRUPO BNP PARIBAS

- ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/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) Intento de suicidio;
 - c) Lesiones corporales auto-inflingidas, aún cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a no ser que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o de la salud del Asegurado;
 - d) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, anti-depresivos y psicodélicos, excepto cuando estos 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, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;
 - f) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;
 - g) Contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo, o contacto con cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear;
 - h) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales, o participación del Asegurado en cualquier tipo de riña, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores;
 - i) Participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades o deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;
 - j) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por éste;
 - k) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

3.1.4 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 lo que se lista 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, 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:

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial vigente, con fotografía y firma del Asegurado. En caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- c) Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- d) Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- e) Dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución autorizada 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; y
- f) Original del Consentimiento/Certificado Individual. En caso de no contar con él, cualquier otro documento 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.

3.2 DESEMPLEO INVOLUNTARIO

3.2.1 Descripción de la Cobertura

Esta cobertura aplicará cuando así se hubiere contratado expresamente, según lo especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, correspondiente.

Esta cobertura aplica para los Asegurados que sean empleados bajo un 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 a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo.

Si el Asegurado dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, llegare a perder la fuente de ingresos económicos derivado del desempleo involuntario, sin responsabilidad alguna de su parte, la Compañía pagará al Beneficiario, mientras subsista el estado de Desempleo Involuntario del Asegurado, hasta el número de Mensualidades indicadas en la carátula de la póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.



CARDIF

GRUPO BNP PARIBAS

3.2.2 Restricciones

Para poder tener derecho al beneficio de desempleo involuntario, es requisito indispensable que el Asegurado haya laborado ininterrumpidamente durante los 12 (doce) meses previos a la ocurrencia del Evento.

Este beneficio sólo podrá ser utilizado por el Asegurado una sola ocasión por cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura. Por lo anterior, si el Asegurado, ha sido indemnizado por esta cobertura en una primera ocasión, para poder tener derecho a las indemnizaciones subsecuentes por la ocurrencia del Evento de desempleo involuntario, deberán transcurrir 12 (doce) meses entre una indemnización y otra, en caso de resultar procedentes.

El beneficio de desempleo involuntario aplica únicamente para empleados bajo contrato laboral de 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 Incapacidad Total Temporal y la de Desempleo Involuntario, son excluyentes.

3.2.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia de 30 (treinta) días, contados a partir de la Fecha de Alta del Consentimiento/Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

3.2.4 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de desempleo involuntario del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos 30 (treinta) días a partir de que tenga lugar el despido involuntario.

3.2.5 Exclusiones

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

- a) Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Periodo de Carencia;**
- b) Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado;**
- c) Renuncia voluntaria del Asegurado;**
- d) Rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad alguna para el patrón, por alguno de los supuestos a que se refiere el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo;**
- e) Terminación de la relación laboral bajo un contrato por tiempo determinado, por cualquier causa; y**
- f) Desempleo voluntario del Asegurado por cualquier causa.**



3.2.6 Comprobación del Desempleo Involuntario

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

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial vigente, con firma y fotografía del Asegurado. En caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- c) Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- d) Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- e) Original del Consentimiento/Certificado Individual. En caso de no contar con él, cualquier otro documento que acredite la existencia del seguro;
- f) 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 carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral;
- g) Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (ii) original de carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (iii) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente;
- h) Estado de cuenta del Crédito, el cual deberá estar al corriente de pago.

Una vez comprobado el estado de Desempleo Involuntario del Asegurado, para el pago de las siguientes Mensualidades, 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.

3.3 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.

3.3.1 Descripción de la Cobertura

Esta cobertura aplicará cuando así se hubiere contratado expresamente, según lo especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, correspondiente.

Si dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, el Asegurado se incapacita de manera total y temporal, la Compañía pagará al Beneficiario mientras subsista el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, hasta el número de Mensualidades indicadas en la carátula de la póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Se entenderá por **Incapacidad Total Temporal**, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, 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 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.

3.3.2 Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado una sola ocasión por cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura. Por lo anterior, si el Asegurado, ha sido indemnizado por esta cobertura en una primera ocasión, para poder tener derecho a las indemnizaciones subsecuentes por la ocurrencia del Evento de Incapacidad Total Temporal, deberán transcurrir 12 (doce) meses entre una indemnización y otra, en caso de resultar procedentes.

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.

3.3.3 Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia de 30 (treinta) días, contados a partir de la Fecha de Alta del Consentimiento/Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

3.3.4 Periodo de Espera



CARDIF

GRUPO BNP PARIBAS

El beneficio derivado del estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos treinta (30) días a partir de que se determine la Incapacidad Total Temporal.

3.3.5 Exclusiones

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

- a) Padecimientos Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/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) Intento de suicidio;**
- c) Lesiones corporales auto-inflingidas, aún cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a no ser que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o de la salud del Asegurado;**
- d) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, anti-depresivos y psicodélicos, excepto cuando estos 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, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;**
- f) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;**
- g) Contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo, o contacto con cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear;**
- h) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales, o participación del Asegurado en cualquier tipo de riña, o actos relacionados con cualquiera de los anteriores;**
- i) Participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades o deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;**
- j) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por éste;**



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

3.3.6 Documentos para comprobar la Incapacidad Total Temporal

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

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial vigente, con firma y fotografía del Asegurado. En caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- c) Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- d) Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- e) Original del Consentimiento/Certificado Individual. En caso de no contar con él, cualquier otro documento que acredite la existencia del seguro;
- f) Original de informe médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal;
- g) Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente;
- h) Estado de cuenta del Crédito, el cual deberá estar al corriente de pago.

Una vez comprobado el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, para el pago de las siguientes Mensualidades, 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.

4. CONDICIONES GENERALES

4.1 Edad

El Asegurado deberá ser:

1. Respecto de la cobertura básica: persona física mayor de 18 (dieciocho) años y hasta 69 (sesenta y nueve) años con 364 (trescientos sesenta y cuatro) días. La edad máxima de renovación para la cobertura básica de fallecimiento será de 69 (sesenta y



nueve) años con 364 (trescientos sesenta y cuatro) días.

2. Respecto de las coberturas adicionales: persona física mayor de 18 (dieciocho) años y hasta 64 (sesenta y cuatro) años con 364 días (trescientos sesenta y cuatro) días. La edad máxima de renovación respecto de las coberturas adicionales será de 69 (sesenta y nueve) años con 364 (trescientos sesenta y cuatro) días.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de éste Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la fecha a partir de la cual quede amparado bajo el presente Contrato de Seguro.

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:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la fecha de celebración del Contrato de Seguro;
- b) 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;
- c) 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 el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en la solicitud de aseguramiento 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 el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad a su celebración, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en el Contrato de Seguro 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 Consentimiento/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 Consentimiento/Certificado Individual respectivo. Una vez vencido este primer pago de la Prima, el Contratante y/o el Asegurado, según lo especificado en la carátula de la póliza gozarán 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 Consentimiento/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 Consentimiento/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 y/o del Asegurado, según lo especificado en la carátula de la póliza, 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 según lo especificado en la carátula de la póliza 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 Consentimiento/Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia a las 12:00 horas de las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

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



Los Consentimiento/Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- a) Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer o ser parte del Grupo Asegurado;
- b) En la fecha en la que el Asegurado haya liquidado de manera total el Crédito a su cargo conforme al contrato de Crédito respectivo;
- c) Al extinguirse la obligación a cargo del Asegurado derivada del Crédito, ya sea por remisión, compensación, novación o cualquier otra causa legal;
- d) Que el Asegurado tenga pagos vencidos respecto del Crédito por más de 90 (noventa) días;
- e) Por cesión del Crédito o de la deuda a cargo del Asegurado;
- f) Por vencimiento anticipado del Crédito;
- g) Que el Contrato de Seguro sea cancelado;
- h) 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;
- i) En la fecha en la que en caso de ser procedente, se paguen las Sumas Aseguradas relacionadas con la cobertura de fallecimiento o con la cobertura de Invalidez Total y Permanente, según sea aplicable.

4.4 Renovación

De conformidad con lo establecido en la cláusula 4.3 anterior, la vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Consentimientos/Certificados Individuales está sujeta a las fechas y periodos especificados en la carátula de la póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual. Una vez transcurrido el periodo de vigencia antes referido, la Compañía podrá proceder a renovar anualmente el Contrato de Seguro en forma automática, mediante endosos a la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.

Lo anterior, 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 a el (los) Beneficiario(s) las indemnizaciones que correspondan por cada cobertura contratada, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

4.6 Beneficiarios

El Contratante es el Beneficiario irrevocable y preferente de este seguro, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del Saldo Insoluto de los Asegurados o de las Mensualidades correspondientes inherentes al Crédito respectivo, al ocurrir el Evento.

Derivado de lo anterior, y conforme a los nombramientos respectivos, cada uno de los Asegurados ha nombrado como Beneficiario preferente e irrevocable al Contratante hasta por el monto del Saldo Insoluto.



CARDIF

GRUPO BNP PARIBAS

En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y de existir una cantidad remanente una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante y Beneficiario irrevocable y preferente, (i) tratándose de la cobertura de Fallecimiento, dicho remanente, será pagado a (los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado; y (ii) tratándose de la cobertura de Invalidez Total y Permanente, dicho remanente, será pagado al propio Asegurado.

En relación con (los) Beneficiario(s) designado(s) por los Asegurados, aplicará lo siguiente:

- a) Si el Asegurado solo hubiese designado un Beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, en caso de ser procedente, el importe de la indemnización que corresponda, se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de Beneficiario.
- b) Si por falta de aviso oportuno de cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado la indemnización correspondiente al último Beneficiario designado por el Asegurado de quien tuviera conocimiento, la Compañía quedará liberada de cualquier responsabilidad.
- c) Cuando no haya Beneficiario designado, la indemnización correspondiente, en su caso, se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario fallezca antes que el Asegurado y éste no hubiere hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.
- d) En caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en representación del (los) menor(es) de edad, cobre la indemnización correspondiente. Lo anterior, ya que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.
- e) La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de Beneficiarios menores de edad, legalmente implica que se nombra como Beneficiario a la persona mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral para con el menor de edad, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro, le concede el derecho incondicionado de disponer de la indemnización respectiva.

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:

- a) 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;
- b) Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- c) Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y



- d) 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.
- e) 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 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.

4.9 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 Consentimiento/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.

4.10 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 a quien la hubiere pagado. 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.

4.11 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.



4.12 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 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	DECLARACIÓN DE SALUD	CUESTIONARIO MÉDICO	CUESTIONARIO MÉDICO Y EXAMEN GENERAL DE ORINA	CUESTIONARIO MÉDICO, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y QUIMICA SANGUINEA DE 12 ELEMENTOS
18 – 45 años	Hasta \$1'000,000	De \$1'000,001 hasta \$3'500,000	De \$3'500,001 hasta \$7'000,000	
46 – 59 años	Hasta \$1'000,000	De \$1'000,001 hasta \$2'500,000	De \$2'500,001 hasta \$5'000,000	De \$5'000,001 hasta \$7'000,000
60 años – en adelante	Hasta \$1'000,000	De \$1'000,001 hasta \$2'00,000	De \$2'000,001 hasta \$4'000,000	De \$4'000,001 hasta \$7'000,000

De conformidad con la tabla inmediata anterior, el Acreditado deberá requisitar los documentos denominados “Declaración de Salud” o “Cuestionario Médico”, 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, el Acreditado deberá someterse a “Examen General de Orina” y/o a “Química Sanguínea de 12 Elementos”

Cuando el Acreditado haya solicitado su admisión al Grupo Asegurado, conforme a los parámetros previamente establecidos, la Compañía le 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 haya requisitado y entregado a la Compañía (a través del Contratante) la “Declaración de Salud” o el “Cuestionario Médico”; en los casos en los que la que la admisión del 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 haya entregado el resultado del “Examen General de Orina” y/o de “Química Sanguínea de 12 Elementos”; en los casos en los que la admisión del Acreditado esté sujeta al sometimiento a los exámenes y análisis de laboratorio antes mencionados, conforme a la tabla anterior. Los resultados que el Acreditado presente 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 tuviere conocimiento de la aceptación de su inclusión en el Grupo Asegurado (Art. 21 LCS).

4.13 Omisiones e Inexactas Declaraciones

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), en donde la admisión del Acreditado al Grupo Asegurado está sujeta a la previa evaluación del riesgo propuesto por parte de la Compañía, el Acreditado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la “Declaración de Salud” o el “Cuestionario Médico”, según sea el caso, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de solicitar su incorporación al Grupo Asegurado.

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

La Compañía comunicará en forma auténtica al Contratante y al Asegurado (a través del Contratante) la rescisión del Consentimiento/Certificado Individual respectivo dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

En caso de rescisión del Consentimiento/Certificado Individual de pleno derecho de conformidad con lo anterior, queda entendido por el Contratante y por los Asegurados que la Compañía, en su caso, rescindiré única y exclusivamente el Consentimiento/Certificado Individual respecto del cual se haya presentado la omisión o la inexacta declaración, no afectando de manera alguna el Contrato de Seguro y los restantes Consentimientos/Certificados Individuales.

A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la Compañía no podrá rescindir el Consentimiento/Certificado Individual de que se trate, en los siguientes casos:

1. Si la Compañía provocó la omisión o inexacta declaración;
2. Si la Compañía conocía o debía conocer el hecho no declarado;
3. Si la Compañía conocía o debía conocer exactamente el hecho inexactamente declarado;
4. Si el Acreditado no contesta una de las cuestiones contenidas en el “Cuestionario Médico” y sin embargo la Compañía lo incorpora al Grupo Asegurado. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del Acreditado, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

En caso de rescisión unilateral del Consentimiento/Certificado respectivo, por omisiones o inexactas declaraciones, según lo especificado anteriormente, la Compañía conservará su derecho a la Prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la Compañía, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados. Si la Prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la Compañía restituirá las tres cuartas partes de las Primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.



4.14 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 Consentimiento/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.

4.15 Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que 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.”

4.16 Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán, respecto de la cobertura 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 se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

4.17 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.

4.18 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 Consentimiento/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.

4.19 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 Consentimiento/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 Consentimiento/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.

4.20 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.”

4.21 Moneda

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

4.22 Dividendos

Esta póliza no otorga dividendos por siniestralidad favorable al Contratante y/o, en su caso, a los Asegurados.

4.23 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 Consentimientos/Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se



trate; (v) número de Consentimiento/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.

4.24 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 Consentimientos/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.

4.25 Administración y Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y efficientar 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.

4.26 Derechos del Asegurado

El Consentimiento/Certificado Individual será hecho llegar al Asegurado, a través del Contratante, no obstante lo anterior, el Asegurado podrá en todo momento solicitar a la Compañía una copia de dicho Consentimiento/Certificado Individual, a través de los medios establecidos en este Contrato de Seguro.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto amparado por el Contrato de Seguro más sus accesorios.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Contrato de Seguro, a fin de que el Asegurado 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.

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.

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



PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIOS

		Número de Póliza		Moneda	
				Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos	
Contratante				RFC	
Domicilio: calle, número y colonia					
Población y Estado		Código Postal		Teléfono	
Grupo Asegurado y Características del Grupo Asegurado					
Fecha de Inicio de Vigencia y fecha de fin de la vigencia	Prima Neta	Gastos de Expedición	IVA	Prima Total	Forma de Pago
Coberturas Básicas			Suma Asegurada o regla para determinarla		
Coberturas Adicionales			Suma Asegurada o regla para determinarla		
Contribución de los Asegurados al pago de la Prima			Límites de edad para ingresar al Grupo Asegurado y para la renovación		
			Ingreso: Respecto de las coberturas básicas: 18 años y hasta 69 años con 364 días Respecto de las coberturas adicionales: 18 (dieciocho) años y hasta 64 años con 364 días Renovación: 69 años con 364 días		

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 en su caso, conforme al cuestionario médico de los proponentes y con sujeción a las condiciones generales, particulares y cláusulas contenidas en la póliza y en los Consentimientos/Certificados Individuales, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la Suma Asegurada.

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 _____ de fecha _____.”



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIOS

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

Contratante		RFC	
Descripción del grupo asegurable			
Domicilio			
Calle y Número		Colonia	
Ciudad / Estado		C.P.	
Giro del Negocio (objeto social / actividades principales de la empresa)			
Relación de las personas asegurables 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:			
Con dividendos <input type="checkbox"/>		Sin dividendos <input type="checkbox"/>	
Vigencia		Regla para determinar la suma asegurada individual	
Desde _____ Hasta _____			
Moneda		Forma de pago	
		Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	
		Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	
Operación de seguro		Naturaleza del riesgo a asegurar	
Número, edad y sexo de las personas asegurables			
* En caso de ser necesario, favor de desglosar dicha información en documentos adjuntos a esta solicitud			
Características particulares o especiales del grupo			



Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Descripción de la prestación u obligación a garantizar	
Suma asegurada o regla para determinarla	

Se acompañan 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 _____ de fecha _____.”



**CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO
DEUDORES HIPOTECARIOS**

Contratante y Beneficiario preferente e irrevocable:

Nombre del Asegurado:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio

Calle y Número:

Municipio/Delegación:

Estado:

Colonia:

Ciudad y

Código Postal:

Teléfono:

Operación de seguro: Vida

Número de Póliza:

Número de Consentimiento/Certificado Individual:

Fecha de Alta del Consentimiento/Certificado Individual:

Vigencia de la póliza:

Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual: Tendrá la misma vigencia del Crédito otorgado por el Contratante, a favor del Asegurado.

Número de Mensualidades respecto de las coberturas de Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal:

Dividendos: N/A

Coberturas:

Suma Asegurada:

Básica:	
Adicionales:	

Consentimiento:

Por medio del presente, manifiesto expresamente que otorgo mi consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado bajo la póliza de seguro número _____ del SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIOS, entre el Contratante y la Compañía.

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

La Compañía, 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 en su caso, conforme al cuestionario médico de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares y cláusulas contenidas en la póliza y en los Consentimientos/Certificados Individuales, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la Suma Asegurada El Contratante podrá poner a disposición del Asegurado las condiciones generales en sus oficinas.

- a) El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante y Beneficiario preferente e irrevocable del seguro el importe del Saldo Insoluto amparado por este seguro
- b) La Compañía se obliga a notificar directamente al Asegurado, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes para la salvaguarda de sus intereses;
- c) El Asegurado o sus causahabientes deben informar su domicilio a la Compañía para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior;
- d) El Asegurado podrá solicitar el Consentimiento/ Certificado Individual de seguro y la descripción y monto de cada una de las coberturas directamente al Contratante.



CARDIF

GRUPO BNP PARIBAS

La cobertura otorgada en términos de la póliza y condiciones generales que la regulan, son expedidas y emitidas por Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. por lo que ésta es la única responsable de honrar la misma y responder ante las aclaraciones, quejas y/o demandas que pudieran derivarse del ejercicio de la misma, poniendo a su disposición el siguiente número telefónico _____. Se señala como domicilio de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. para cualquier notificación el ubicado en Paseo de las Palmas 425, Piso 5, Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F., C.P. 11000

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario en una sola exhibición, el Saldo Insoluto respectivo, de conformidad con lo señalado en el Consentimiento/Certificado Individual. Queda entendido que el monto máximo por el cual la Compañía está obligada al pago de la indemnización respecto de esta cobertura, no podrá exceder en ningún caso de la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

COBERTURAS ADICIONALES

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Esta cobertura aplicará cuando así se hubiere contratado expresamente, según lo especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, correspondiente

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario en una sola exhibición, el Saldo Insoluto respectivo, de conformidad con lo señalado en el Consentimiento/Certificado Individual.

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.

Queda entendido que el monto máximo por el cual la Compañía está obligada al pago de la indemnización respecto de esta cobertura, no podrá exceder en ningún caso de la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Esta cobertura aplicará cuando así se hubiere contratado expresamente, según lo especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, correspondiente.

Esta cobertura aplica para los Asegurados que sean empleados bajo un 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 a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo.

Si el Asegurado dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, llegare a perder la fuente de ingresos económicos derivado del desempleo involuntario, sin responsabilidad alguna de su parte, la Compañía pagará al Beneficiario, mientras subsista el estado de Desempleo Involuntario del Asegurado, hasta el número de Mensualidades indicadas en la carátula de la póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Restricciones

Para poder tener derecho al beneficio de desempleo involuntario, es requisito indispensable que el Asegurado haya laborado ininterrumpidamente durante los 12 (doce) meses previos a la ocurrencia del Evento.

Este beneficio sólo podrá ser utilizado por el Asegurado una sola ocasión por cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura. Por lo anterior, si el Asegurado, ha sido indemnizado por esta cobertura en una primera ocasión, para poder tener derecho a las indemnizaciones subsiguientes por la ocurrencia del Evento de desempleo involuntario, deberán transcurrir 12 (doce) meses entre una indemnización y otra, en caso de resultar procedentes.

El beneficio de desempleo involuntario aplica únicamente para empleados bajo contrato laboral de 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 Incapacidad Total Temporal y la de Desempleo Involuntario, son excluyentes.

Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia de 30 (treinta) días, contados a partir de la Fecha de Alta del Consentimiento/ Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de desempleo involuntario del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos 30 (treinta) días a partir de que tenga lugar el despido involuntario.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Esta cobertura aplicará cuando así se hubiere contratado expresamente, según lo especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, correspondiente.

Si dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, el Asegurado se incapacita de manera total y temporal, la Compañía pagará al Beneficiario mientras subsista el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, hasta el número de Mensualidades indicadas en la carátula de la póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Se entenderá por Incapacidad Total Temporal, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, 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 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.

Restricciones

Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado una sola ocasión por cada 12 (doce) meses, durante la vigencia de la cobertura. Por lo anterior, si el Asegurado, ha sido indemnizado por esta cobertura en una primera ocasión, para poder tener derecho a las indemnizaciones subsiguientes por la ocurrencia del Evento de Incapacidad Total Temporal, deberán transcurrir 12 (doce) meses entre una indemnización y otra, en caso de resultar procedentes.

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.

Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia de 30 (treinta) días, contados a partir de la Fecha de Alta del Consentimiento/ Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos treinta (30) días a partir de que se determine la Incapacidad Total Temporal.

Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán, respecto de la cobertura 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 se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.



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.

Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que 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 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.”

Habiendo explicado al Asegurado el valor, fuerza y alcances legales del presente Consentimiento/Certificado Individual, póliza y condiciones generales aplicables, así como habiéndolas tenido el Asegurado a la vista, en testimonio de lo anterior, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. expide y firma el presente Certificado Individual en México, D.F. el día

Funcionario autorizado

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



DECLARACIÓN DE SALUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIOS

El Acreditado declara en este acto bajo protesta de decir verdad:

- No tener Padecimientos Preexistentes derivados de Accidentes o Enfermedades ocurridos a la Fecha de Alta del Consentimiento/ Certificado Individual. Asimismo declara que a la Fecha de Alta del Consentimiento/ Certificado Individual, no ha sido notificado de sufrir algún Padecimientos Preexistente y tampoco ha recibido tratamiento médico alguno por un médico o especialista con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, relacionados con algún Padecimiento Preexistente;
- No consumir drogas, narcóticos, enervantes o barbitúricos;
- No estar expuesto a explosivos, armas de fuego, material biológico de lato riesgo, o sustancias químicas peligrosas, material radioactivo, riesgo de alturas, transportarse en motocicletas o realizar actividades del aire;
- No trabajar como policía, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador o militar;
- No practicar deporte alguno de manera profesional, no realizar actividades bajo el agua, no practicar cualquier deporte que requiera el uso de máquinas que vuelen, vehículos de motor o que requieran la participación de algún animal;
- Tener entre 18 y 69 años con 364 días.

Nombre del Acreditado: XXXXX

Fecha: XXXXXXX

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



CUESTIONARIO MEDICO SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES HIPOTECARIOS

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			



CARDIF
GRUPO BNP PARIBAS

De interés para el Acreditado (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere éste cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, lo anterior, en la inteligencia de que la inexacta, falsa u omisión en las declaraciones, podría originar la rescisión de pleno derecho del Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

Nombre del Acreditado: XXXXX

Fecha: XXXXXXXX

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