



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DIAGNOSTICO DE CÁNCER



I. DEFINICIONES

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

Accidente	Significa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o la muerte del Asegurado. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.
Asegurado	Significa la persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta póliza con derecho a los beneficios de la misma de acuerdo a lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, para quedar amparado por el presente Contrato de Seguro, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en éste Contrato de Seguro y cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual respectivo.
Beneficiario	Respecto de la cobertura descrita en este contrato el propio Asegurado.
Beneficio	Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado o Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
Cáncer	Significa la enfermedad caracterizada por el crecimiento y dispersión sin control de células anormales, que invaden y destruyen las células del tejido normal, siempre que no esté catalogado como tumor primario. El Diagnóstico de Cáncer, deberá ser soportado mediante un Reporte Patológico.
Certificado Individual	Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar la calidad de cada Asegurado, que, cuando menos, contiene la siguiente información: operación de seguro, nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, número de la póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del Contrato de Seguro, vigencia del Certificado Individual, Fecha de Alta del Certificado Individual, nombre del Asegurado, fecha de nacimiento del Asegurado, edad del Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, entre otros.
Compañía	Significa Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.
Consentimiento	Significa el documento mediante el cual el Asegurado hace constar su voluntad para adherirse a la Colectividad Asegurada, respecto de la(s) cobertura(s) contratada(s) que vendrán especificadas en la carátula de la póliza y/o certificado individual y vienen contempladas y detalladas



	en este Contrato de Seguro.
Contratante	<p>Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago de la Suma Asegurada que el Contratante ha otorgado a favor de los Asegurados.. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados.</p> <p>El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.</p>
Contrato de Seguro	<p>Significa el contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante , que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, , integrado por los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estas condiciones generales;• La solicitud;• El Consentimiento del Asegurado para adherirse a la Colectividad Asegurada;• La carátula de la póliza y/o el Certificado Individual;• Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro;• Los endosos que en su caso se agreguen;• Todos aquellos documentos entregados por la Compañía y/o a la Compañía.
Diagnóstico de Cáncer	<p>Para efectos de este seguro se entenderá que el Diagnóstico de Cáncer deberá basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba o Reporte Patológico, emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.</p>
Enfermedad	<p>Significa toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales.</p>
Evento	<p>Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo.</p>
Fecha de Inicio de Vigencia	<p>Significa la fecha indicada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, en la cual inicia la vigencia de éste Contrato de Seguro.</p>



Fecha de Alta del Certificado Individual	Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.
Colectividad Asegurada	Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.
Hospital	Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado.
Institución de Seguridad Social	Significa: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.
Padecimientos Preexistentes	<p>Significa aquellos padecimientos que con anterioridad a la contratación del seguro:</p> <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; oc) Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. <p>Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.</p> <p>El Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o causahabientes respectivos podrán, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.</p> <p>La Compañía acepta que si el Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o causahabientes</p>



	<p>respectivos, acuden a esta instancia, la Compañía se somete a comparecer ante el mencionado árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o causahabientes respectivos en el caso de ser procedente la reclamación, entonces, la indemnización será liquidada por la Compañía.</p>
Periodo de Espera	<p>Significa el lapso de tiempo en el que el Asegurado deberá mantenerse ya sea en estado de Invalidez Total y Permanente o de Incapacidad Temporal por Diagnostico de Cáncer, según sea el caso, para tener derecho a la indemnización respectiva en caso de ser procedente. El Periodo de Espera aplicable, será el establecido en la cobertura correspondiente y se especificara en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual.</p>
Periodo de Carencia	<p>Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Contratante y/o el Asegurado, según sea el caso, paga(n) las Primas correspondientes, pero no reciben los beneficios respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro. Es decir, si llegare a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Periodo de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente. Este periodo deberá ser cumplido por cada Asegurado cuando ingrese a la Colectividad Asegurada, entendiéndose como fecha de ingreso, la Fecha de Alta del Certificado Individual. En caso de ser aplicable, el Periodo de Carencia será el establecido en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual.</p>
Prestador de Servicios	<p>Significa la persona física o moral indicada con tal carácter en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, misma que presta los Servicios de Asistencia a que se refiere la cláusula 9 de éste Contrato de Seguro.</p>
Prima	<p>Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado, en su caso/ (de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza), a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de</p>



	<p>financiamiento por pago fraccionado, en caso de que el Contratante y/o el Asegurado optaren por cubrir la misma en parcialidades, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.</p> <p>Queda entendido que el pago de la Prima estará a cargo del Contratante y/o del Asegurado, de conformidad con lo señalado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.</p>
Reporte Patológico	<p>Significa los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, basadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos del sitio en donde se sospecha pueda existir lesión o una manifestación de Cáncer, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático; dichos documentos deberán estar fechados y firmados por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer la oncología, osteopatía, anatomopatología, hematooncología o patología. Queda entendido que el médico que feche y firme el Reporte Patológico, no podrá ser familiar del Asegurado o vivir en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Reporte Patológico.</p>
Servicio de Asistencia	<p>Significa cualquiera de los servicios descritos en la cláusula 9 del Contrato de Seguro, de acuerdo al contrato celebrado entre la aseguradora y la empresa prestadora de servicios, esta última será la responsable de la prestación del servicio.</p>
Suma Asegurada	<p>Significa la cantidad indicada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, de conformidad con lo especificado en cada cobertura, que en su caso, la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento.</p>
Suma Asegurada Máxima	<p>Significa la cantidad máxima que la Compañía se obliga a pagar por Asegurado, la cual esta indicada en cada cobertura de la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.</p>
Tarjeta de Crédito.	<p>Tarjeta de plástico expedida por el Contratante con motivo del otorgamiento de una línea de crédito a favor del Asegurado, con una banda magnética, asociada a Visa o Mastercard o a cualquier otra empresa operadora de sistemas o redes comerciales de pagos, que en algunas ocasiones cuenta con un microchip, y un número en relieve, que sirve para hacer compras y pagarlas en fechas posteriores.</p>

II. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

La presente Póliza está integrada por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, pudiendo ser contratadas de manera independiente o en conjunto. La responsabilidad máxima de la



compañía para las coberturas contratadas será por la Suma Asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo a lo siguiente:

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

1. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama

1.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual. La Compañía indemnizará al Asegurado de sexo femenino la Suma Asegurada especificada en el Certificado Individual respectivo en una sola exhibición, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna única y exclusivamente en Mama, durante la vigencia de la presente cobertura, dentro de los límites y condiciones que se especifican más adelante (demostración y periodo de espera).

La presente cobertura única y exclusivamente ampara el Diagnóstico de Cáncer (neoplasia maligna) en Mama que se haya dictaminado al Asegurado por primera vez, es decir, la primera manifestación u ocurrencia del Cáncer de Mama. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

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

- Al finalizar la vigencia del contrato, especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual respectivo;
- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado por Diagnóstico de Cáncer de Mama, según lo especificado por esta cobertura.

1.2 Definición

Significa el Cáncer manifestado en el recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular). Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

1.3 Demostración

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

1.4 Periodo de Carencia



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

1.5 Exclusiones

- a) **La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino. La presente cobertura no ampara el Cáncer de Mama que sea efecto directo o indirecto, total o parcial de alguna de las siguientes situaciones:**
 - b) **Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista con que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.**
 - c) **Cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sea la mama;**
 - d) **Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
 - e) **Cualquier tipo de Cáncer no especificado en la póliza.**
 - f) **Cáncer de Mama que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Diagnóstico de Cáncer;**
 - g) **Infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor). Si al momento de una crisis, el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;**
 - h) **Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
 - i) **Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**
 - j) **Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**
 - k) **Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.**
- Asimismo, la presente cobertura no ampara:**
- l) **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3; y**
 - m) **Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

1.6 Comprobación del Diagnóstico de Cáncer de Mama

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

1. **Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;**



2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
6. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro; y
7. Documentos que acrediten el Diagnóstico de Cáncer de Mama en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán un Reporte Patológico, así como todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para Diagnosticar el Cáncer de Mama, emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

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

2 Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Ovarios

2.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual. La Compañía indemnizará al Asegurado de sexo femenino la Suma Asegurada especificada en el Certificado Individual respectivo en una sola exhibición, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna única y exclusivamente en Ovario(s), durante la vigencia de la presente cobertura, dentro de los límites y condiciones que se especifican más adelante (demostración y periodo de espera).

La presente cobertura única y exclusivamente ampara el Diagnóstico de Cáncer (neoplasia maligna) en Ovarios que se haya dictaminado al Asegurado por primera vez, es decir, la primera manifestación u ocurrencia del Cáncer de Ovario(s). Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

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

- Al finalizar la vigencia del contrato, especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual respectivo;



- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado por Diagnóstico de Cáncer de Ovarios, según lo especificado por esta cobertura.

2.2 Definición

Un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión y destrucción del tejido normal dentro del o de los ovarios de la mujer, siempre y cuando no este catalogado como tumor primario. Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

2.3 Demostración

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

2.4 Periodo de Carencia

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

2.5 Exclusiones

- a) La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino. La presente cobertura no ampara el Cáncer de Ovario(s) que sea efecto directo o indirecto, total o parcial de alguna de las siguientes situaciones:**
- b) Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista con que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.**
- c) Cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sean los ovarios;**
- d) Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- e) Cualquier tipo de Cáncer no especificado en la póliza.**
- f) Cáncer de Ovario(s) que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Diagnóstico de Cáncer de Ovario(s);**
- g) Infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor). Si al momento de una crisis, el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;**
- h) Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**



- i) **Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**
- j) **Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**
- k) **Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.**

Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- l) **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de ovario(s), displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3; y**
- m) **Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

2.6 Comprobación del Diagnóstico de Cáncer de Ovarios

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

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

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de Cáncer de Ovario(s) 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 Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Útero



3.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual. La Compañía indemnizará al Asegurado de sexo femenino la Suma Asegurada especificada en el Certificado Individual respectivo en una sola exhibición, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna única y exclusivamente en Útero, durante la vigencia de la presente cobertura, dentro de los límites y condiciones que se especifican más adelante (demostración y periodo de espera).

La presente cobertura única y exclusivamente ampara el Diagnóstico de Cáncer (neoplasia maligna) en el Útero si el Asegurado ha sido dictaminado por primera vez, es decir, la primera manifestación u ocurrencia del Cáncer de Útero. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

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

- Al finalizar la vigencia del contrato, especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual respectivo;
- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado por Diagnóstico de Cáncer de Útero, según lo especificado por esta cobertura;

3.2 Definición

Tumor maligno en la zona cérvico uterina caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas en el cuello uterino y/o Útero. En donde los tejidos normales manifiestan células anormales que posteriormente comenzaran a crecer y diseminarse en el cuello uterino y/o Útero y áreas circundantes. Este Cáncer también esta cubierto si es a consecuencia de la diseminación de células malignas derivados de un cáncer de Vulva o Vagina; siempre y cuando no este catalogado como tumor primario. Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

3.3 Demostración

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

3.4 Periodo de Carencia

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

3.5 Exclusiones

- a) La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino.
La presente cobertura no ampara el Cáncer de Útero que sea efecto directo o indirecto, total o parcial de alguna de las siguientes situaciones:**



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

Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- k) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de útero, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3; y
- l) Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

3.6 Comprobación del Diagnóstico de Cáncer de Útero

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;



5. Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
6. Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro; y
7. Documentos que acrediten el Diagnóstico de Cáncer de Útero en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán un Reporte Patológico, así como todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para Diagnosticar el Cáncer de Útero. Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de Cáncer de Útero 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. Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Mama

4.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual. La Compañía indemnizará al Asegurado de sexo femenino la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual siempre y cuando se le haya diagnosticado con cáncer de mama descrito en la cláusula 1, durante la vigencia del Certificado Individual. En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con cáncer de mama y como consecuencia de este diagnóstico el Asegurado requiera de la reconstrucción de seno y/o cualquier tipo de mastectomía, durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición, la Suma Asegurada respectiva, de conformidad con lo señalado en el Certificado Individual.

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

Con el pago de la indemnización por cirugía reconstructiva de cáncer de mama, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada la presente cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

4.2 Pago de la suma asegurada

Se pagará la Suma Asegurada en una sola exhibición al momento de ser detectado el cáncer de mama a que se refiere la presente cobertura siempre y cuando se detecta por primera vez la Enfermedad.

4.3 Periodo de carencia



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

4.4 Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura 1 correspondiente y se deberá presentar la documentación que se enlista en la cláusula 1.6.

4.5 Exclusiones

- a) **La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino.**
 - b) **Cirugías reconstructivas en cualquier otra parte del cuerpo.**
 - c) **Cirugía por cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista con que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.**
 - d) **Cirugía cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sea Cubierto en esta póliza;**
 - e) **Cirugía por lesiones descritas como carcinoma in situ;**
 - f) **Cirugía por cualquier tipo de Cáncer no especificado en la póliza.**
 - g) **Cirugía si al momento de ser diagnosticado con uno de los tipos de cáncer cubiertos el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;**
 - h) **Cirugías estéticas de aumento de seno o busto, sin que haya sido diagnosticado el cáncer en la(s) mama(s).**
 - i) **Reconstrucción de seno derivada de una mala cirugía estética.**
- Asimismo, la presente cobertura no ampara:**
- j) **Cirugía por tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de útero, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3.**

5. Cirugía por Cáncer

5.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en el Certificado Individual. Si a consecuencia de la(s) cobertura(s) mencionada(s) en las cláusulas 1, 2 y 3 de este contrato, el asegurado requiere de intervención quirúrgica por uno de los tipos de cáncer cubiertos Mama u Ovario(s) o Útero, la Compañía pagará al Asegurado respecto de esta cobertura, en una sola exhibición, la Suma Asegurada respectiva, de conformidad con lo señalado en el Certificado Individual.

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

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



5.2 Demostración

En caso de ser necesaria una cirugía derivada de los tipos de cáncer descritos en estas condiciones generales. Será necesario presentar la documentación enlistada en la(s) cláusula(s) 1.6, 2.6 y 3.6 de estas Condiciones Generales.

5.3 Pago de la suma asegurada.

Se pagará la Suma Asegurada en una sola exhibición al momento de ser detectado el cáncer de Mama u Ovario o Útero a que se refiere la presente cobertura, y siempre y cuando se detecta por primera vez la Enfermedad.

5.4 Periodo de carencia

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

5.5 Exclusiones

- a) La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino.
 - b) Cirugías reconstructivas en cualquier otra parte del cuerpo.
 - c) Cirugía por cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista con que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
 - d) Cirugía cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sea Cubierto en esta póliza;
 - e) Cirugía por lesiones descritas como carcinoma in situ;
 - f) Cirugía si al momento de ser diagnosticado con uno de los tipos de cáncer cubiertos el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;
 - g) Reconstrucción de seno derivada de una mala cirugía estética.
 - h) Cirugía por otros tipos de cáncer no cubiertos en este contrato.
- Asimismo, la presente cobertura no ampara:**
- i) Cirugía por tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de útero, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3.

6. Indemnización Diaria por Hospitalización por Cáncer

6.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual.



Si el asegurado es internado en un hospital como consecuencia del primer diagnóstico de los tipos de cáncer descritos en las cláusulas 1, 2 y 3 de este contrato, el asegurado recibirá una indemnización diaria por hospitalización permaneciendo un período mínimo que se especificara en la carátula de la póliza y/o certificado individual, a causa de un cáncer que sufra durante la vigencia de la Póliza y, limitándose a un período máximo de días por evento que se especificara en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

El período máximo de cobertura será del número de días especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el período máximo de Beneficio de la cobertura será del número de días especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual..

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

Con el pago de la cobertura por Indemnización Diaria por Hospitalización por Cáncer, en caso de ser procedente su pago, quedará cancelada esta cobertura otorgada bajo este Contrato de Seguro.

6.2 Periodo de carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de carencia el cual se indica en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, y será, contado a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado. Este período de carencia no aplicará si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente derivado de ser diagnosticado con uno de los tipos de cáncer cubiertos.

6.3 Deducible

Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la Póliza y/o certificado individual.

6.4 Exclusiones

- a) **Hospitalización por cualquier otra en enfermedad diferente a las cubiertas, descritas en las cláusulas 1, 2 y 3 de este contrato.**
- b) **Hospitalización a consecuencia de un Accidente.**
- c) **Hospitalización por enfermedades Preexistentes o cualquier condición (consecuencias, recaídas o recurrencia de una enfermedad o accidente) que el Asegurado tenga al momento de la contratación o para el cual la persona asegurada reciba aviso, tratamiento o asesoría por cualquier médico registrado antes del día de contratación.**
- d) **Hospitalización por lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio**
- e) **Hospitalización por actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- f) **Hospitalización por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**



- g) Hospitalización por conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no)
- h) Hospitalización por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.
- i) Hospitalización por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.
- j) Hospitalización como consecuencia de o en relación con la participación directa del asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña.
- k) Hospitalización por la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.
- l) Hospitalización por procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.
- m) Hospitalización por esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.

6.5 Comprobación de Hospitalización por Diagnostico Cáncer

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Documentos que comprueben el diagnostico de cáncer de mama, ovario o útero según sea el caso. estos se enlistan en las cláusulas 1.6, 2.6 y 3.6 respectivamente para el tipo de cáncer cubierto.
3. Documento emitido por el Hospital legalmente constituido en el que el asegurado permaneció Hospitalizado, en el que haga constar los días en que el asegurado permaneció hospitalizado.

7. Invalidez Total y Permanente

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

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

7.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual, para los Asegurados que sufran un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Certificado Individual. En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado respecto de esta cobertura, en una sola exhibición, la Suma Asegurada respectiva, de conformidad con lo señalado en el 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.

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

7.2 Periodo de Espera

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

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

7.3 Exclusiones

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

- a) Lesiones auto inflingidas aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.**
- b) Actos ocurridos por culpa grave del Deudor Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas,**



- psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- c) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.
 - d) El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.
 - e) La participación directa del Asegurado como provocador. actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña o actos relacionados con cualquiera de los anteriores, siempre y cuando el asegurado sea el provocador de dicha riña;
 - f) La Participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua, y cualquier deporte que requiera el uso de maquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por el Asegurado.
 - g) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento;
 - h) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual y por los que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico, por un médico o especialista con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública;
 - i) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

7.4 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de los documentos enlistados a continuación, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

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

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;



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

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

8. Incapacidad Temporal por cáncer

8.1 Descripción de la Cobertura

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual, y cuando a consecuencia de ser diagnosticado con uno de los tipos de cáncer cubiertos descritos en las cláusulas 1, 2 o 3 se incapacite de manera temporal, la Compañía pagará al Asegurado mientras subsista el estado de Incapacidad Temporal por Diagnóstico de Cáncer, de acuerdo con lo especificado en el Certificado Individual, el Pago Total de la Suma Asegurada para esta cobertura en una sola exhibición.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización conforme a esta cobertura, la Compañía indemnizará al Asegurado no pudiendo nunca exceder la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza y/o certificado Individual.

Pago en una sola Exhibición: La Compañía indemnizará al Asegurado un monto único equivalente al número de pagos que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual, desde el momento en el que el Asegurado acredite encontrarse en estado de Incapacidad Temporal como consecuencia de ser diagnosticado con cáncer de Mama u Ovario(s) o Útero, una vez transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual,.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Incapacidad Temporal por diagnóstico de cáncer, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de ser diagnosticado con un tipo de cáncer cubierto en este contrato ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, que imposibilita al Asegurado



temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso permanentemente en su domicilio, por prescripción de un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

8.2 Restricciones

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

El beneficio de Incapacidad Temporal por diagnóstico de cáncer aplica únicamente para profesionistas independientes o personas con actividad independiente.

8.3 Periodo de Carencia

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

8.4 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Incapacidad Temporal por diagnóstico de cáncer del Asegurado como consecuencia de ser diagnosticado con cáncer de Mama u Ovario(s) o Útero, comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual a partir de que se determine la Incapacidad Temporal por diagnóstico de cáncer.

8.5 Exclusiones

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

- a) **Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional;**
- c) **Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos y criminales de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada;**
- d) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;**
- e) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte;**
- f) **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador;**



- g) Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;
- h) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;
- i) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual y por los que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico, por un médico o especialista con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública;
- j)
- k) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

8.6 Comprobación del estado de Incapacidad Temporal por diagnóstico de cáncer.

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

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

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de Cáncer de Mama u Ovario(s) o Útero 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.

9. Servicios de Asistencia



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

9.1 Asistencia médica

En caso de contratarse y aparecer expresamente en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, la compañía prestara el servicio a través del Prestador de Servicios que para tal efecto se contrate o tenga contratado, prestará a favor del Asegurado, vía telefónica:

1. Orientación médica para Enfermedades No Graves respecto de los síntomas y molestias que el Asegurado pudiera llegar a padecer;
2. Información general sobre el uso de medicamentos, efectos secundarios generados por la ingesta, aplicación o uso de algún medicamento y dosis recomendadas;
3. Información general a cerca de salud pública y privada, así como a cerca de medidas sanitarias y de control de enfermedades.

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

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

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

9.2 Envío de Ambulancia Terrestre

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

En caso de que el Asegurado sufriere un Accidente o Enfermedad y sea solicitado por el propio Asegurado o un tercero el envío de ambulancia terrestre a los teléfonos mencionados en la cláusula 9.8 y que dicho Accidente o Enfermedad le provoque al Asegurado síntomas, molestias, lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del Prestador de Servicios considere que la vida o la integridad física del Asegurado se encuentran en peligro y por lo tanto la hospitalización del Asegurado es necesaria; el Prestador de Servicios gestionará el envío de una



ambulancia al lugar en donde se encuentre el Asegurado para su posterior traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado para los síntomas, molestias, lesiones o traumatismos que presente el Asegurado, de conformidad con la instrucción del propio Asegurado o del familiar del mismo, o en su defecto, del tercero que acompañe al Asegurado durante el traslado.

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

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

El Asegurado tiene derecho a un evento por vigencia del certificado individual sin costo alguno para el mismo, por lo que los eventos subsecuentes serán por cuentas de El Asegurado.

9.3 Consultas Médicas en consultorio o Domicilio.

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

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

El Prestador de Servicios proporcionará mediante su red de proveedores con quienes tenga convenio las consultas médicas a las que se hace referencia el párrafo anterior con un costo preferencial. El asegurado deberá presentar una identificación que o acredite como usuario del programa, a fin de que se haga válido el precio con descuento.

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

9.4 Referencias Médicas

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

En caso de que el Asegurado lo solicite expresamente, el Prestador de Servicios proporcionará referencia de médicos, hospitales y prestadores de servicios



médicos, en base su la Red Médica y Hospitalaria a nivel nacional, y si el asegurado así lo decidiese el equipo del prestador de servicios concertará una cita con un médico o en un centro hospitalario, en caso de accidente y/o enfermedad, previa solicitud del asegurado y con cargo a éste, la empresa prestadora de servicios se encargará de coordinar la atención médica y seguimiento con el asegurado y el médico tratante o centro hospitalario, desde el momento en que se concertó la cita, hasta el momento en que concluye el servicio.

Pudiendo el Asegurado solicitar referencias médicas de forma ilimitada.

9.5 Asistencia Nutricional

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

El prestador de servicios proporcionará información telefónica al Usuario respecto a los siguientes temas:

- a) Cálculo del peso ideal e índice de masa corporal.
- b) Diseño de dietas para toda la familia y estilos de vida.
- c) Orientación en caso de desórdenes alimenticios.
- d) Referencias con especialistas.

El equipo médico de la empresa prestadora de servicios no emitirá diagnóstico ni tratamiento. Sólo a solicitud del asegurado, la empresa prestadora de servicios proporcionará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea: concertando una cita en un centro hospitalario o consultorio con un especialista, que será pagado por el Usuario .

El Asegurado tiene derecho a una asesoría clínica con un especialista por año , por lo que los eventos subsecuentes ocurridos en un periodo menor a un año, correrán por cuenta y cargo del Asegurado con un costo preferencial.

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

9.6 Asistencia Psicológica

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

En caso de que el Asegurado lo solicite expresamente, el Prestador de Servicios proporcionará apoyo a nivel familiar, de pareja o individual y solo en caso de accidente, este servicio orienta al asegurado en situaciones de tipo emocional con el fin de obtener la ayuda apropiada de acuerdo a su caso. Toda asistencia psicológica es proporcionada por profesionales especialistas y altamente calificados. La asistencia será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno.

El equipo de la compañía prestadora de servicios no emitirá diagnóstico ni tratamiento alguno. Sólo a solicitud del asegurado, la empresa prestadora de servicios proporcionará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea concertando una cita a domicilio, en un centro hospitalario o en un consultorio con un especialista, que será pagado por el Usuario.

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



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

9.7 Exclusiones aplicables a los Servicios de Asistencia Médica, Envío de Ambulancia Terrestre, Consultas Médicas en consultorio o Domicilio, Referencias Médicas, Asistencia Nutricional y Asistencia Psicológica.

Los Servicios de Asistencia Médica, Envío de Ambulancia Terrestre, Consultas Médicas en consultorio o Domicilio, Referencias Médicas, Asistencia Nutricional y Asistencia Psicológica, no serán prestados en, o no amparan cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia;
- b) Cuando el Asegurado no acredite su personalidad como derechohabiente de los Servicios de Asistencia;
- c) Cuando el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones necesarias para la prestación de los Servicios de Asistencia;
- d) Cuando los Servicios de Asistencia sean solicitados fuera de la vigencia del Certificado Individual;
- e) Cualquier gasto médico, farmacéutico y hospitalario, con excepción del Envío de Ambulancia Terrestre en los términos indicados en la cláusula 9.2.

Los Servicios de Asistencia Médica, Envío de Ambulancia Terrestre, Consultas Médicas en consultorio o Domicilio, Referencias Médicas, Asistencia Nutricional y Asistencia Psicológica no serán prestados cuando éstos deriven directa o indirectamente de:

- a. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- b. Auto lesiones o participación en actos criminales, siendo el asegurado el agresor.
- c. La participación en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
- d. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.
- e. La participación directa del asegurado en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.
- f. Los causados por mala fe del asegurado.
- g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
- h. Enfermedades o accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos,



erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.

- i. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
- j. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- k. Enfermedades, accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
- l. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio
- m. La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el asegurado con dolo o mala fe.
- n. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- o. Rescate o aquellas situaciones en las que el asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás accidentes del terreno o lugar.

9.8 Datos de contacto para acceder a los Servicios de Asistencia

Nombre del Prestador de Servicios: _____

Domicilio: _____

III. CONDICIONES GENERALES

3.1 Edad

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Prima

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

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



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

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

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

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

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

3.3 Vigencia

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

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

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

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer o ser parte de la Colectividad Asegurada;
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado;



- En la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro.

3.4 Renovación

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

3.5 Pago de la Suma Asegurada

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

3.6 Beneficiarios

Respecto de la cobertura descrita en este contrato el propio Asegurado.

3.7 Obligaciones del Contratante

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

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

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

3.8 Derechos de los Asegurados.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague la indemnización correspondiente por las coberturas contratadas siempre y cuando se haya comprobado el siniestro. No pudiendo nunca exceder dichos Pagos el monto de la Suma Asegurada contratada que se especifica en la carátula de la



póliza y/o certificado individual según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

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

3.9 Ingresos

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

Tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada 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 la Colectividad Asegurada, 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.

3.10 Bajas

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

3.11 Terminación del Contrato de Seguro

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

3.12 Aviso de Ocurrencia del Evento

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



3.13 Indemnización

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

3.14 Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el Beneficiario, 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 Beneficiario 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."

3.15 Prescripción

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

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



Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

3.16 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

3.17 Rectificaciones y Modificaciones

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

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

3.18 Comunicaciones

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

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

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

3.19 Comisión o Compensación Directa



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

3.20 Moneda

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

3.21 Cesión

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

3.22 Dividendos

Esta póliza no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

3.23 Suscripción

El contrato de seguro se perfeccionará desde el momento que el Asegurado tuvieren conocimiento de la aceptación de su inclusión en la Colectividad Asegurada (Artículo 21 Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

3.24 Territorialidad

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

3.25 Registro de Asegurados

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

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

3.26 Expediente

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



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

3.27 Acceso a la información

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

3.28 Entrega de Certificados Individuales

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

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

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

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

Sin perjuicio de lo dispuesto por la Cláusula 3.27 anterior y de que este Contrato de Seguro, por su naturaleza, no es comercializado a través de Medios Electrónicos, la Compañía, con la única finalidad de facilitar la gestión de este seguro y de otorgar un acceso expedito a los Asegurados a la documentación contractual; cuando la Compañía se encuentre en posibilidad de poner a disposición de los Asegurados los Certificados Individuales a través de Medios Electrónicos, lo hará de su conocimiento al momento de la contratación de este seguro y/o de la incorporación de los Asegurados y posibles Asegurados a la Colectividad Asegurada.



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

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

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

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

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

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

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

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

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El



Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

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

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

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

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

- ✓ No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en riesgo la confidencialidad de la información;
- ✓ Instalar en su computadora personal, software anti-spyware y anti-virus, así como mantenerlos actualizados; y
- ✓ Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico. Queda entendido que la Compañía nunca solicitará al Contratante y/o al Asegurado/ Beneficiario le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.

3.29 Entrega de documentación contractual



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

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. Tratándose del Certificado Individual, se hará de conformidad con lo establecido en la Cláusula 3.28 anterior;
3. A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
4. A través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

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

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

3.30 Omisiones e Inexactas Declaraciones

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

3.31 Datos Personales

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



"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-____-____ de fecha __ de _____ de 20__"



CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL

Seguro Diagnostico de Cáncer

Contratante: De la Póliza: XX.XXXXXXXXXX No. De Certificado: Inicio de Vigencia del Certificado: / /
Fin de Vigencia del Certificado: / /

Cardif México Seguros de Vida S.A. de C.V. hace constar que:

Nombre del Asegurado: _____

Dirección: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Calle Numero Colonia Código Postal

Edad

Población y Estado Fecha de Nacimiento (años cumplidos)

Coberturas	Pago de Prima a Cargo de:	Suma Asegurada Máxima

Servicios de Asistencia

*Asistencia Medica	*Envío de Ambulancia	*Envío de Medico a Domicilio	*Referencias médicas y Hospitalarias	*Asistencias Nutricional	*Asistencias Psicológicas
--------------------	----------------------	------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------

*Artículo 17.- Las personas que ingresan 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, quedan aseguradas con las mismas condiciones en la que fue asegurada 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 haya 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 esta situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarias, si no lo hace quedaran 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 refiere el párrafo anterior contara con un plazo de treinta días naturales, contando 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, dejaran de estar asegurados 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."

Habiendo explicado al asegurado el valor, fuerza y alcances legales del presente Consentimiento/Certificado Individual, póliza y condiciones generales, 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

Operación: Accidentes y Enfermedades

Firma del
Asegurado

La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de Conformidad con lo Dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros actualización bajo el reglamento numero CNSF-XXXX-XXXX-XXXX

ORIGINAL

Cardif México Seguros de Vida S.A. de C.V. Av. Paseo de las Palmas 425, Piso 5 Col. Lomas de Chapultepec, México D.F. C.P. 11000 Tels:01800 522 7343, Fax: 22 82 20 04 www.cardif.com.mx



Aviso de Privacidad

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

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

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

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

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

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

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


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

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-____-____ de fecha ____ de _____ de 20__"



Póliza Seguro Diagnostico de Cáncer

Número de Póliza		Moneda						
		Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos						
Contratante		RFC						
Domicilio: calle, número y colonia								
Municipio o Delegación	Entidad Federativa o Población	Código Postal	Teléfono					
Grupo Asegurado y Características de la Colectividad Asegurada								
Fecha de Inicio de Vigencia y Duración de la vigencia	Prima Neta	Gastos de Expedición	IVA	Prima Total	Forma de Pago			
Cobertura(s)	Suma Asegurada o regla para determinarla	Suma Asegurada Máxima	Numero de Eventos por cobertura	Periodo de espera	Periodo de Carencia	Edades de Contratación y Renovación	Pago de la Prima A cargo de:	Especificaciones de las Coberturas:
Asistencias:								Incapacidad Temporal por Diagnostico de Cáncer: *Lapso de tiempo para la rehabilitación de cobertura: _____ Hospitalización por Diagnostico de Cáncer: *Deducible (días): _____ *Días Máximos de Hospitalización: _____
Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado, de conformidad con las declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares, cláusulas y Certificados Individuales del Contrato de Seguro, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la indemnización respectiva.								
En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma la presente póliza en México, Distrito Federal, el día:				Funcionario Autorizado				
								



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

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

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

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

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-____-___ de fecha __ de ____ de 20__"



Solicitud del Seguro Diagnostico de Cáncer

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

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



asegurar	
Número, edad y sexo de las personas integrantes del grupo asegurable	
* En caso de ser necesario, favor de desglosar dicha información en documentos adjuntos a esta solicitud	
Características particulares o especiales del grupo asegurable	
Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas 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	No

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

Firmado en	Firma del Contratante

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-____-____ de fecha __ de ____ de 20__"

