



# SEGURO DE APOYO PARA GASTOS MÉDICOS

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro **PPAQ-S0104-0059-2024/CONDUSEF-006519-01** del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros).

**Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.**

Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México

**800 801 2402**

[www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)

**ÍNDICE**

<b>1. DEFINICIONES.....</b>	<b>3</b>
<b>2. COBERTURAS BÁSICAS: ¿Qué Cobre tu Seguro? .....</b>	<b>4</b>
<b>3. TEN EN CUENTA QUE: .....</b>	<b>5</b>
<b>4. ¿QUÉ NO CUBRE TU SEGURO?.....</b>	<b>5</b>
<b>5. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO?.....</b>	<b>6</b>
<b>6. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS .....</b>	<b>6</b>
<b>AVISO DE PRIVACIDAD .....</b>	<b>11</b>



# SEGURO DE APOYO PARA GASTOS MÉDICOS

Las palabras “tú” y “tu(s)” hacen referencia al Asegurado; los términos “nosotros” y “nuestro(s)” hacen referencia a **CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V.** (“Compañía”), quién emite el presente Contrato de Seguro sobre la persona del Asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado.

## 1. DEFINICIONES

Los términos que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes, pudiendo ser en femenino o masculino, en plural o singular. Las palabras y frases con mayúscula inicial tienen un significado específico como se indica a continuación:

- **Accidente:** Acontecimiento ocurrido durante la Vigencia, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de tu voluntad, que te produzca lesiones corporales o tu lamentable fallecimiento. **No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.**
- **Asegurado:** Persona física protegida por este Contrato de Seguro, cuyo nombre aparece en la Carátula de Póliza.
- **Asegurado Titular:** Persona física mayor de edad que adquiere el Contrato de Seguro quien es responsable de la veracidad de la información solicitada en éste.
- **Beneficiario:** Persona física, que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro y que para algunas coberturas será el propio Asegurado.
- **Carátula de Póliza:** Documento que contiene la información del Asegurado, así como la información referente a los términos bajo los cuales debe operar el presente Contrato de Seguro.
- **Contrato de Seguro:** De forma conjunta: las condiciones generales, la Carátula de Póliza, la solicitud de seguro, los Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Contratante:** Persona física o moral que adquiere el Contrato de Seguro y es responsable del pago de la prima, el Contratante será el Asegurado Titular, salvo que en la Carátula de Póliza se especifique lo contrario.
- **Dependientes:** (i) El cónyuge o concubino (a) del Asegurado Titular y (ii) los hijos de éste legalmente reconocidos que sean menores de veinticinco años de edad.
- **Endoso:** Documento que modifica las condiciones originales del Contrato de Seguro, previo acuerdo entre el Contratante y nosotros.
- **Enfermedad Cubierta:** Enfermedad crónica degenerativa con daño permanente del(los) órgano(s) afectado(s), sustentado documentalmente, indicadas en tu Carátula de Póliza, podrán considerarse las siguientes: (i) Accidente Cerebro Vascular; (ii) Cirugía Coronaria; (iii) Cáncer; (iv) Esclerosis Múltiple; (v) Infarto al Miocardio; (vi) Insuficiencia Renal en Fase Terminal; y (vii) Trasplante de Órgano Vital; (viii) Úlcera Gástrica; (ix) Colelitiasis; y (x) Apendicitis.
- **Evento:** Consiste en la ocurrencia de cualquiera de los riesgos indicados como amparados en tu Carátula de Póliza. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.
- **Institución de Salud:** Cualquier institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas con personal médico y de enfermería autorizados por la Secretaría de Salud para ejercer.
- **Ley:** Ley sobre el Contrato de Seguro.



- **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina. El Médico que emita el diagnóstico, no deberá ser tu familiar.
- **Periodo de Carencia:** Tiempo que debes esperar después del inicio de Vigencia para recibir la cobertura que contrataste el cual se establecerá en tu Carátula de Póliza. Éste no aplicará en caso de Accidente, ni en las renovaciones.
- **Periodo de Hospitalización:** Plazo continuo que debes cumplir, a partir de tu ingreso a la Institución de Salud, para que proceda el pago de la cobertura respectiva, en caso de ser procedente, el cual se establecerá en tu Carátula de Póliza.
- **Suma Asegurada:** Cantidad indicada en tu Carátula de Póliza, para cada cobertura, que será pagada como máximo, al verificarse el Evento, en caso de ser procedente.
- **Vigencia:** Periodo indicado en tu Carátula de Póliza, durante el cual, quedarás cubierto bajo este Contrato de Seguro. Éste inicia y termina a las 12:00 (doce) horas de la Ciudad de México conforme a la fecha estipulada.

## 2. COBERTURAS BÁSICAS: ¿Qué Cobre tu Seguro?

### 2.1. INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

Si a causa de un Accidente y/o enfermedad (según se especifique en tu Carátula de Póliza), ocurridos durante la Vigencia, requieres ser hospitalizado, te pagaremos el monto establecido en tu Carátula de Póliza.

### 2.2. FRACTURA DE HUESOS

Si durante la Vigencia, sufrieras la fractura de uno o más huesos, te pagaremos el monto por hueso fracturado, establecido en tu Carátula de Póliza.

**El número máximo de huesos cubiertos por Evento, será indicado en tu Carátula de Póliza. Si en un mismo Evento te fracturas varias falanges de un mismo dedo, todas ellas se considerarán como una sola fractura. No se considera como fractura, aquella que se de en cartílago o tejido blando.**

### 2.3. CIRUGÍA

Si a causa de un Accidente y/o enfermedad (según se especifique en tu Carátula de Póliza), ocurridos durante la Vigencia, requieres una cirugía, realizada en una sala de quirófano, te pagaremos el monto establecido en tu Carátula de Póliza.

### 2.4. PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CUBIERTA

Si durante la Vigencia, te diagnostican por primera vez una o varias de las Enfermedades Cubiertas contratadas, te pagaremos el monto establecido en tu Carátula de Póliza por cada una de ellas.

**Para efectos de esta cobertura, se entenderá como Evento, la ocurrencia de alguna de las Enfermedades Cubiertas, asimismo, considera que el pago de la indemnización por alguna de las Enfermedades Cubiertas no cancela la cobertura del resto de las enfermedades que hayas contratado bajo el presente Contrato de Seguro.**

Quedarás cubierto única y exclusivamente por aquellas Enfermedades Cubiertas que contrates y se encuentren indicadas en tu Carátula de Póliza, y podrán considerarse las siguientes:

- **Accidente Cerebro Vascular.**
- **Cirugía Coronaria.**
- **Cáncer.**
- **Esclerosis Múltiple.**



- **Infarto al Miocardio.**
- **Insuficiencia Renal en Fase Terminal.**
- **Trasplante de Órgano Vital:** Solo se cubrirá el trasplante de órganos cuando seas el receptor y no cuando seas donante, siempre que el trasplante se realice en un centro de trasplantes autorizado por las autoridades competentes para realizar dicho procedimiento. Queda amparado únicamente el trasplante de los órganos siguientes: (i) corazón; (ii) pulmón (es); (iii) páncreas; (iv) riñones e (v) hígado.
- **Úlcera Gástrica**
- **Colelitiasis**
- **Apendicitis**

### 3. **TEN EN CUENTA QUE:**

Algunas coberturas podrán tener características particulares que deberán cumplirse para poder aplicar, esta información será indicada en tu Carátula de Póliza por cada cobertura.

### 4. **¿QUÉ NO CUBRE TU SEGURO?**

#### 4.1. EXCLUSIONES GENERALES PARA LAS COBERTURAS: INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA

- Tu participación directa en actos delictivos, incluyendo el uso ilegal de armas de fuego y explosivos.**
- Tu participación en: servicio militar, actos de guerra, declarada o no, commoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
- Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares, contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear; así como, del contacto con sustancias tóxicas.**
- Tratamientos psiquiátricos y/o cualquier condición de origen psicológico tales como: estrés, ansiedad, depresión u otras.**

#### 4.2. EXCLUSIONES PARTICULARES POR COBERTURA

##### 4.2.1. FRACTURA DE HUESOS

**Fracturas:**

- Ocasionadas por el desgaste natural de los huesos.**
- A causa de alguna enfermedad que provoque debilitamiento de la estructura ósea.**
- De nariz.**

##### 4.2.2. CIRUGÍA

Adicional a las mencionadas en la sección 4.1., cirugía a causa de tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como cirugías maxilofaciales o dentales que se requieran por



cualquier causa que no sea un Accidente ocurrido en la Vigencia.

#### 4.2.3. PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CUBIERTA

**Cáncer:**

- a) Tumor maligno en presencia de Infección oportunista, si al momento del diagnóstico tenías síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea.
- b) Tumores cuyas células sean benignas.

### 5. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO?

Tan pronto como tú o tu(s) Beneficiario(s), según corresponda, tengan conocimiento de la ocurrencia del Evento, deberán comunicarse con nosotros vía **telefónica al 800 801 2402** desde la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el interior de la República, con un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo informarlo una vez que desaparezca el impedimento.

#### 5.1. DOCUMENTOS GENERALES

Nuestro formato único de reclamación, así como la copia legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, del (los) beneficiario(s) y una tuya (si la tuviera(n)). En caso de que la identificación no contenga el domicilio o éste sea diferente al declarado, deberán proporcionar comprobante de domicilio con una antigüedad menor a 3 (tres) meses. En caso de ser extranjeros, copia legible del documento vigente emitido por el Instituto Nacional de Migración, que acredite su legal residencia en México y comprobante de domicilio con antigüedad menor a 3 (tres) meses.

#### 5.2. DOCUMENTOS ADICIONALES POR COBERTURA

**Indemnización por Hospitalización:** Constancia hospitalaria que indique fecha, hora de ingreso y egreso de la Institución de Salud, así como en caso de aplicar, resumen o informe médico que indique, diagnóstico etiológico exacto (causa), fecha de inicio de signos y síntomas, tiempo de evolución, manejos previos otorgados de los padecimientos reportados en hoja membretada, sellada y firmada por el Médico tratante, así como, resultados de exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología, relacionados al diagnóstico.

**Fractura de Huesos:** Estudios de imagen y gabinete con interpretación en donde se confirme la fractura del hueso.

**Cirugía y Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta:** Resumen o informe médico que indique, diagnóstico etiológico exacto (causa), fecha de inicio de signos y síntomas, tiempo de evolución, manejos previos otorgados de los padecimientos reportados en hoja membretada, sellada y firmada por el Médico tratante, así como en caso de aplicar, resultado de exámenes de laboratorio e imagen realizados que soporten la cirugía, o en su caso que refieran o tengan relación con el diagnóstico de la Enfermedad Cubierta.

En casos extraordinarios, si no nos es posible demostrar la procedencia del Evento, solicitaremos más información sobre los hechos relacionados con éste.

### 6. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

#### 6.1. Seguro Familiar

En caso de que este seguro se contrate bajo la modalidad familiar, es decir, se cubra al Asegurado Titular y a sus Dependientes, será aplicable lo siguiente:

- Se considerará que el seguro se contrató bajo la modalidad familiar, siempre y cuando los Dependientes aparezcan dentro de tu Carátula de Póliza. Para dar de alta algún nuevo Dependiente lo podrás hacer comunicándote a **800 801 2402**.



- Los límites de edad para los Dependientes serán los siguientes:
  - Conyuge: Las mismas aplicables para el Asegurado Titular conforme a lo establecido en la cláusula 6.2. Límites de Edad del Asegurado Titular.
  - Hijos: La edad mínima será de 0 años, la máxima de aceptación y renovación podrá ser de hasta 24 años.

Una vez rebasada la edad máxima de renovación, el Dependiente dejará de formar parte del seguro familiar de forma automática.

Para el caso de los hijos, estos podrán contratar un Contrato de Seguro nuevo como Asegurado Titular, en cuyo caso reconoceremos la antigüedad generada.

- El Periodo de Carencia para los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la Vigencia, se contará a partir de su nacimiento, siempre y cuando dicho acontecimiento nos sea notificado. Respecto a los hijos nacidos fuera de dicha Vigencia y el resto de Dependientes asegurados, el periodo se contabilizará a partir de la fecha de ingreso al Contrato de Seguro.
- En caso de fallecimiento de alguno de los Dependientes, el pago de la Suma Asegurada será realizado al Asegurado Titular, lo mismo aplicará para aquellos casos donde alguno de los Dependientes no pueda cobrar la indemnización respectiva a causa de fallecimiento o se encontrara medicamente imposibilitado.
- Para el caso de fallecimiento de hijos menores de 12 años, el monto máximo a indemnizar no podrá ser mayor a 60 UMAS (Unidad de Medida y Actualización diaria) vigente a la fecha del fallecimiento, cantidad que puede consultarse en la página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, lo anterior, solo aplica en caso de que la Suma Asegurada contratada sea mayor a dicha cantidad.

## 6.2. Límites de Edad del Asegurado Titular

Se considera como tu edad, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de Vigencia y las subsecuentes renovaciones.

La edad mínima será de 18 años, la máxima de aceptación podrá ser de hasta 85 años y la máxima de renovación podrá ser de hasta 89 años, la edad aplicable se indicará en tu Carátula de Póliza.

## 6.3. Prima

El monto, medio y periodicidad de pago, serán especificados en tu Carátula de Póliza. La prima deberá ser pagada en la fecha de inicio de Vigencia. En caso de pago fraccionado deberá pagarse al comienzo y no al final de cada periodo.

Una vez vencida la prima, gozarás de un plazo adicional para realizar el pago de ésta, el cual será estipulado en tu Carátula de Póliza sin que exceda de 90 (noventa) días naturales (Periodo de Gracia).

## 6.4. Cancelación Anticipada del Contrato de Seguro

Podrás solicitar la cancelación enviándonos la solicitud por escrito. Realizaremos tu identificación y te entregaremos en un plazo no mayor de 48 (cuarenta y ocho) horas, un acuse de recibo, con folio o clave de cancelación, devolviendo en su caso, la prima pagada que corresponde al tiempo no transcurrido, menos el costo de adquisición, lo anterior, dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores de la cancelación, a través de transferencia electrónica a tu cuenta bancaria.

## 6.5. Renovación

Una vez transcurrido el período de Vigencia, podremos renovar de forma automática el Contrato de Seguro bajo las mismas condiciones, salvo que solicites la no renovación con al menos 30 (treinta) días naturales de anticipación. **La prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que tengamos registrada al momento de la renovación.**

## 6.6. Comunicaciones

Para nosotros: Por escrito en el domicilio indicado en tu Carátula de Póliza o a través del número telefónico indicado en dicho documento.

Para ti: Por escrito en el último domicilio que conozcamos o a través del número telefónico o correo electrónico que nos proporciones y que consten en tu Carátula de Póliza.



## 6.7. Conflicto en Caso de Padecimiento Preexistente

Para resolver la procedencia de la reclamación, cuando contemos con pruebas documentales de que hayas efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento Preexistente de que se trate, podremos solicitarte el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no nos sea proporcionada dicha información, quedaremos librados de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.

Podrás, en caso de conflicto en relación con la determinación de la Enfermedad y/o Padecimiento Preexistente, una vez notificada la improcedencia de tu reclamación por nuestra parte, acudir a un Médico especialista que elijas dentro de los previamente propuestos por nosotros para un arbitraje privado. Aceptamos que, si acudes a esta instancia, nos someteremos a comparecer ante este árbitro y sujetarnos al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo te vinculará y por este hecho se considerará que renuncias a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el Médico especialista designado por ti y nosotros, quienes deberemos firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para ti y en caso de ser procedente la reclamación, la indemnización correspondiente será liquidada por nosotros

## 6.8. Omisión e Inexactas Declaraciones

Cualquier omisión, falsa o inexacta declaración nos facultará para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro como lo prevén los artículos 8 y 47 de la Ley.

## 6.9. Pago de la Suma Asegurada

En caso de procedencia, el pago se realizará dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores, a través de transferencia bancaria o el medio que dispongamos.

## 6.10. Indemnización por Mora

En caso que, no obstante hayamos recibido los documentos e información necesaria que acrediten la ocurrencia del Evento, no cumplamos con la obligación de pagar la indemnización en términos del artículo 71 de la Ley, estaremos obligados a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicha indemnización se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación hasta la fecha en que se realice el pago.

## 6.11. Competencia

En caso de controversia, podrás hacer valer tus derechos ante nuestra Unidad Especializada de atención de consultas, reclamaciones y aclaraciones o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (en adelante CONDUSEF), pudiendo a tu 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa por parte de nosotros para satisfacer tus pretensiones.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo tus derechos para que los hagas valer ante el juez del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a tu elección acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

## 6.12. Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán, respecto a la cobertura de Fallecimiento en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

## 6.13. Residencia; Límite Territorial

Este Contrato de Seguro ha sido contratado en territorio nacional, con mexicanos que residan en México; o con extranjeros con la calidad legal de residentes comprobable, en los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su nacionalidad, para cubrir riesgos que sean ocurridos en territorio nacional.



Para el resto de las coberturas, la limitación territorial podrá ampliarse para cubrir riesgos ocurridos en el extranjero, debiendo constar en tu Carátula de Póliza. No obstante, el lugar de ocurrencia, la reclamación deberá realizarse dentro del territorio nacional y conforme a los tribunales y la legislación de los Estados Unidos Mexicanos; el pago de la indemnización que, en su caso, debamos realizar, se efectuará en territorio y moneda nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

### 6.14. Agravación del Riesgo

**Nuestras obligaciones cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley.**

Debiendo el Asegurado comunicar las agravaciones esenciales que existan durante la Vigencia dentro de las 24 horas siguientes a que las conozca, en caso contrario o que llegue a provocar una agravación esencial, nuestras obligaciones terminarán. Se entiende por agravación esencial algún hecho importante para la apreciación del riesgo, que en caso de conocerse las condiciones del seguro hubieran sido diferentes.

Así mismo es importante que tomes en cuenta que, en ningún caso quedaremos obligados si se comprueba que el siniestro se causó por dolo o mala fe, tuya o de tus Beneficiario(s), y en caso de haber anticipado primas, éstas no te serán devueltas. Adicionalmente, nuestras obligaciones quedarán extinguidas en caso de que se dé alguno de los supuestos descritos en el artículo 70 de la Ley, tales como: que se demuestre que tú o tus Beneficiarios, disimulen o declaren inexactamente hechos que excluirían o restringirían nuestras obligaciones o, no remitan en tiempo la documentación que les solicitemos.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Nuestras obligaciones cesarán de pleno derecho durante el curso del Contrato de Seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (las Disposiciones), por considerar que agravan el riesgo; en caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como autoridades extranjeras cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a la materia del presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia, ello en términos de las disposiciones: Trigésima Novena, fracciones IX y XXVIII, Cuadragésima Cuarta, fracción VII, Quincuagésima Tercera, fracción XII y Septuagésima Primera, Segunda y Séptima de las Disposiciones.

Se consignará cualquier cantidad que derive del Contrato de Seguro a favor de la (s) persona (s) a que se refiere el párrafo anterior, a la autoridad jurisdiccional competente para que ésta determine el destino de los recursos.

Restauraremos las obligaciones del Contrato de Seguro cuando tengamos conocimiento de que el nombre de la (s) persona (s) deje (n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

### 6.15. Comisión o Compensación Directa

Durante la Vigencia, podrás solicitarnos por escrito, te informemos 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 de Seguro. Proporcionaremos dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.



## 6.16. Entrega de Documentación Contractual

Estamos obligados a entregarte los documentos en los que consten tus derechos y obligaciones del seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal, al momento de la contratación.
2. A través de envío a tu domicilio.
3. Previo a tu autorización, se podrá enviar a través del correo electrónico que hayas indicado para tal fin.

Dejaremos constancia de la entrega de los documentos antes mencionados.

Si no recibes, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente cláusula, deberás hacerlo de nuestro conocimiento, comunicándote al teléfono **800 801 2402**, para que, a tu elección, te hagamos llegar dicha documentación por el medio que nos indiques.

## 6.17. Uso de Medios Electrónicos

Hacemos de tu conocimiento que, podremos poner a tu disposición diferentes medios de identificación y otorgamiento de tu consentimiento, tales como, uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicación (privadas o públicas), lo anterior, sustituiría la firma autógrafa, teniendo los mismos efectos y valor probatorio que dicha firma.

Es importante que previo a hacer alguna operación a través de medios electrónicos, conozcas los términos y condiciones de uso que tenemos, mismos que podrás consultar en: [www.cardif.com.mx/aviso-sobre-medios-electronicos](http://www.cardif.com.mx/aviso-sobre-medios-electronicos)

Asimismo, debes tomar en cuenta que con el uso de los medios electrónicos que pongamos a tu disposición, ratificas que conoces y aceptas los términos y condiciones de uso antes mencionados.

De igual forma, en dicha liga podrás encontrar algunos riesgos inherentes al uso de medios electrónicos, así como algunas sugerencias para prevenir la realización de operaciones irregulares o ilegales que vayan en detrimento de tu patrimonio.

## 6.18. Referencia de Leyes

En cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General en materia de Sanas Prácticas, el Asegurado y/o Contratante podrá consultar en la siguiente liga [www.cardif.com.mx/anexo-de-leyes](http://www.cardif.com.mx/anexo-de-leyes) el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestros Contratos de Seguro.

## 6.19. 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.

Unidad de Atención Especializada (UNE)	Comisión Nacional para la Protección de los usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX Tel. 800-522-0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a> Página Web: <a href="http://www.cardif.com.mx">www.cardif.com.mx</a>	Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999 Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a> Página Web: <a href="http://www.condusef.gob.mx">www.condusef.gob.mx</a>

***“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0104-0059-2024/CONDUSEF-006519-01.”***

## AVISO DE PRIVACIDAD

**Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.** en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo, la “Ley”) y del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo, el “Reglamento”) y demás disposiciones legales aplicables (en lo sucesivo y conjuntamente la “Regulación de Datos Personales”), se identifica como responsable del tratamiento de los datos personales recabados a los titulares de los mismos, (en lo sucesivo y conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo denominadas “Cardif”), y pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Regulación de Datos Personales).

**DOMICILIO:** Para efectos del presente Aviso de Privacidad, Cardif señala como domicilio el ubicado en **Avenida Ejército Nacional, número 453, piso 10, colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México.**

**DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN:** Le damos a conocer las categorías de los datos personales que podríamos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna: (1) **datos de identificación**, tales como nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, país de nacimiento, ocupación o profesión, registro federal de contribuyentes, teléfono(s) y correo electrónico; (2) **datos de contacto**; (3) en caso de tratarse de extranjeros: **datos migratorios**, tales como país y domicilio de origen; (4) **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, condiciones y causales del siniestro; (5) **datos financieros y patrimoniales**, tales como número de tarjeta de crédito y/o débito, condiciones de crédito, ingresos y salario.

**FINALIDADES NECESARIAS:** Las finalidades de obtener sus datos personales son: (1) llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio con usted; (2) cumplir con las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif; (3) la evaluación del riesgo propuesto; (4) el cumplimiento de las obligaciones legales que le derivan a Cardif, así como de las políticas y procedimientos internos; (5) la operación, gestión y administración de los productos y servicios que usted tiene contratados o que llegare a contratar con Cardif; (6) la identificación; y (7) la atención de cualquier consulta, duda, aclaración, cancelación o queja.

**FINALIDADES SECUNDARIAS:** Adicional a las finalidades antes indicadas, se hace de su conocimiento que los datos recabados podrán tener finalidades que no dan origen a la relación jurídica, mismas que pueden ser: (1) el otorgamiento de beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; (2) ofrecerle, en su caso, otros productos y/o servicios o promociones relacionadas con nuestros productos de seguro; (3) enviarle toda clase de avisos, notificaciones, promociones, publicidad e información adicional, a través de correo electrónico, mensajes de texto SMS y demás medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología que por avances tecnológicos faciliten la comunicación con usted; (4) mercadotecnia, publicidad y prospección comercial de Cardif o de las sociedades que forman parte del grupo empresarial de Cardif en México y alrededor del mundo, sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales o sociedades bajo el control común; (5) para realizar análisis estadístico, de generación de modelos de información y/o perfiles de comportamiento actual y predictivo y para medir la calidad de los servicios de Cardif; y (6) participar en encuestas, sorteos y promociones.

**TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES:** Podremos transferir sus datos personales a terceros nacionales o extranjeros, en la medida en que la transferencia; (1) esté prevista en una ley o tratado en los que México sea parte; (2) sea necesaria para dar cumplimiento a las finalidades previamente mencionadas o a las políticas y procedimientos de Cardif; (3) sea con base en el artículo 37 de la Ley. Asimismo, le informamos que dichos terceros, asumen las mismas obligaciones y responsabilidades asumidas por Cardif, en términos de este Aviso de Privacidad.

**LIMITACIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:** Le informamos que sus datos personales, serán salvaguardados en todo momento bajo estándares de seguridad, garantizando 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 Regulación de Datos Personales. Le hacemos extensivo que Cardif no venderá, alquilará o enajenará de forma alguna sus datos personales.

**CONSENTIMIENTO:** En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y dentro de los 5 días hábiles siguientes, al no manifestarse en contrario, usted acepta que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio.

Asimismo, acepta que el uso abarque cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades secundarias 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 y 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 este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible. En caso de querer manifestarse en contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx) o marcando al número 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

**EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN:** Usted o su representante legal debidamente acreditado, podrá ejercer cualquiera de los citados derechos, presentando una solicitud a Cardif, misma que deberá apegarse en todo momento a los requisitos señalados por el Artículo 29 de la Ley, por lo cual debe contener y acompañar lo siguiente:

1. El nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud.
2. Los documentos que acrediten la identidad o, o en su caso, la representación legal de titular.
3. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados.
4. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

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.
- (2) Enviar un correo electrónico a la dirección [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx) donde Cardif le enviará el formato requerido para hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico
- (3) Enviar un escrito/solicitud libre dirigido al Oficial de Privacidad, al siguiente correo [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx)
- (4) Para dudas contactarnos vía telefónica al número 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

Para acreditar la identidad del titular o representante legal del titular, será necesario que se acredite por medio de alguno de los siguientes documentos: (i) credencial para votar; (ii) pasaporte; (iii) cartilla militar; (iv) cédula profesional; (v) cédula de identidad del país de nacimiento. En caso de ser representante legal del titular adicionalmente, es necesario el poder notarial o en su caso carta poder firmada ante dos testigos.

En caso de que la información proporcionada sea insuficiente o errónea, o que no se acompañen los documentos solicitados anteriormente, el Oficial de Privacidad podrá solicitarle al titular y/o representante de éste, en un periodo no mayor a 5 días hábiles, la información o documentación necesaria para continuar con el trámite, por lo que usted contará con 10 días hábiles posteriores a su recepción, para atender el requerimiento.



En caso de que la información proporcionada sea suficiente, Cardif responderá a su solicitud en un plazo de 20 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la documentación completa.

Para **revocar el consentimiento** que haya otorgado a Cardif para el tratamiento de sus datos personales, siempre y cuando, no sean necesarios para cumplir con las finalidades necesarias antes descritas, dentro de los límites previstos en la Regulación de Datos Personales y acorde con las obligaciones establecidas en la misma, usted tendrá las siguientes opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado para obtener el formato correspondiente; y/o (2) contactarnos vía telefónica al 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

Es importante que tenga en cuenta que no se podrá concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales, hasta que el proceso de bloqueo se ejecute.

Una vez realizado lo anterior, y haber acreditado su personalidad o la de su representante legal, se excluirán sus datos de nuestras campañas con fines mercadotécnicos y/o prospección comercial y/o cualquier otra finalidad secundaria manifestada por el titular, en un plazo de 20 días contados a partir de la recepción de dicho formato. Esta revocación procederá sin necesidad de cumplir con algún requisito adicional y, por lo tanto, no tendrá que acudir posteriormente por respuesta alguna.

Adicionalmente, hacemos de su conocimiento que podrá inscribirse en el Registro Público de Usuarios (REUS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), padrón que contiene información de usuarios del sistema financiero que no desean ser contactados para fines de mercadotecnia por parte de las instituciones financieras.

# Derechos como Contratante Asegurado y/o Beneficiario de un Seguro de Accidentes y Enfermedades



Cuando contratas un seguro es muy común que se desconozcas los derechos que tienes como Asegurado antes, durante y después de la contratación, así como de lo que se tiene que hacer en caso de ocurrir algún Evento. Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene el seguro contratado, podrás evitar imprevistos y estarás mejor protegido.

## Antes y durante la contratación del Seguro:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que los acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el Contrato de Seguro. Para lo cual, ponemos a tu disposición nuestro sitio web: [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx), o en cualquiera de nuestras oficinas.
- Si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.

## En caso de ocurrir un Evento tienes derecho a:

- Que se oriente a tus Beneficiarios sobre qué hacer y a quién dirigirse en caso de ocurrir el Evento o controversia para recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu Contrato de Seguro por Eventos ocurridos dentro del Periodo de Gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo, es decir, cuentas con el plazo establecido en tu Carátula de Póliza, el cual no excederá de 90(noventa) días naturales, o bien, si no se encuentra estipulado, se entenderá que el plazo es de 30 (treinta) días naturales para liquidarla, en los términos de la cláusula respectiva contenida en el Contrato de Seguro.
- Cobrarnos una indemnización por mora en caso de retraso en el pago de la Suma Asegurada, de acuerdo con lo previsto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentarnos una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), ubicada en Av. Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX, con los teléfonos 55 4123 0400 en la CDMX y Área Metropolitana o al 800 522 0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a jueves de 08:30 a 18:30 hrs y viernes de 08:30 a 14:30 hrs., o al correo electrónico [une@cardif.com.mx](mailto:une@cardif.com.mx), o visite [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx); o bien contacte a CONDUSEF ubicada en Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, CDMX, C.P. 03100 o al teléfono 55 5340 0999 en la CDMX y del interior de la República al 800 999 8080 o correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef).

Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje, de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención **800 801 2402** desde la CDMX, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de **lunes a viernes de 08:00 a 21:00 hrs.**

**““En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0104-0059-2024/ CONDUSEF-006519-01 del RECAS\*”.**



DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	Vigencia de la Póliza:
Operación del Seguro:	Territorio cubierto:
Modalidad de Contratación: Individual <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>

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

DATOS DEL CONTRATANTE (SOLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL ASEGURADO TITULAR)

Nombre Completo:	Domicilio:	
Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.:	Alcaldía o Municipio:	
Colonia:	Código Postal:	
Estado:	Teléfono:	Email:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre Completo:	Domicilio:	
Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.:	Alcaldía o Municipio:	
Colonia:	Código Postal:	
Estado:	Teléfono:	Email:

TEN EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES POR COBERTURA

Descripción	Indemnización por Hospitalización*	Fractura de Huesos	Cirugía	Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta
Suma Asegurada o regla para determinarla				
Número de Eventos				
Periodo de Hospitalización		No Aplica		No Aplica
Periodo de Carencia**		No Aplica		
Edad mínima de aceptación				
Edad máxima de aceptación				
Edad máxima de renovación				

ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO

\*La hospitalización inicia con tu ingreso a la Institución de Salud y concluye con tu alta que otorga tu Médico tratante.

\*\*El Periodo de Carencia no aplicará en caso de Accidente, ni en las renovaciones.

Número de Huesos Cubiertos por Evento (Fractura de Huesos):

Enfermedades Cubiertas:

Causa cubierta

Indemnización por Hospitalización:	Accidental <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Cirugía:	Accidental <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-------------------------------------

DATOS DE LA PRIMA

Periodicidad de Pago:	Periodo de Gracia:	Medio de Pago:
-----------------------	--------------------	----------------

Moneda: Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos.



Prima Neta	Gastos de Expedición	Recargo por Pago Fraccionado	IVA	Prima Total
------------	----------------------	------------------------------	-----	-------------

**DEPENDIENTES CON CALIDAD DE ASEGURADOS**

Nombre Completo	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Ingreso	Período de Carencia para cobertura de Hospitalización

**Con la firma del presente documento reconozco que he otorgado mi consentimiento para recibir la documentación contractual del Contrato de Seguro:**

- Forma física.  
 Formato electrónico al correo electrónico proporcionado en este documento.

Fecha de Firma de Expedición	Firma del Funcionario Autorizado
En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma la presente Carátula de Póliza en la Ciudad de México el día de:	
Firma del Asegurado Titular	

**“Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.** - Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. (“Compañía”), se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado, conforme a lo declarado por ti, sujeto a las condiciones generales, cláusulas generales y del Contrato de Seguro, siempre que se encuentre vigente.

Se recomienda leer los documentos antes indicados a fin de conocer las coberturas, exclusiones y restricciones, mismas que se encuentran disponibles en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx) o en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

Cualquier declaración o trámite relacionado con tu seguro o para solicitar copia de algún documento relacionado con el mismo, podrá realizarse en nuestras oficinas ubicadas Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México o al teléfono **800 801 2402, de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas**. Haremos entrega de todos aquellos documentos que contengan los derechos y obligaciones relacionados con el seguro, mismos que se contienen en este documento y en las condiciones generales.

**Unidad de Atención Especializada (UNE)**

Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX

Tel. 800-522-0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas

Correo: [une@cardif.com.mx](mailto:une@cardif.com.mx)

Página Web: [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)



**Comisión Nacional para la Protección de los usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)**  
Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX  
Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999  
Correo: asesoria@condusef.gob.mx  
Página Web: www.condusef.gob.mx

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0104-0059-2024/ CONDUSEF-006519-01 del RECAS.”**

**Aviso de Privacidad Simplificado**

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V (“Cardif”), con domicilio en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable. La finalidad del tratamiento de sus datos será cumplir con las obligaciones que le derivan a Cardif conforme al seguro. Para más información del tratamiento y derechos que puede hacer valer, consulte el aviso de privacidad integral en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)



Solicito en mi carácter de Contratante, un Contrato de Seguro para lo cual hago las siguientes declaraciones:

**DATOS DE LA PÓLIZA SOLICITADA**

Periodo de cobertura solicitado: **Cotización:**  
Operación del Seguro: **Territorio cubierto:**  
Modalidad de Contratación: Individual  Familiar

**DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE (EN CASO DE SER DIFERENTE AL ASEGURADO TITULAR)**

Nombre Completo y/o Razón Social:  
Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.: **Domicilio:**  
Colonia: **Alcaldía o Municipio:** **Código Postal:**  
Estado: **Teléfono:** **Email:**

**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO TITULAR**

Nombre Completo y/o Razón Social:  
Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.: **Domicilio:**  
Colonia: **Alcaldía o Municipio:** **Código Postal:**  
Estado: **Teléfono:** **Email:**

**COBERTURAS SOLICITADAS**

Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada o regla para determinarla	Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada o regla para determinarla
Indemnización por Hospitalización		Cirugía	
Fractura de Huesos		Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular <input type="checkbox"/> Cirugía Coronaria <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal en Fase Terminal <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano Vital <input type="checkbox"/> Úlcera Gástrica <input type="checkbox"/> Colelitiasis <input type="checkbox"/> Apendicitis	

En caso de contratar un Plan Familiar favor de indicar los Dependientes que adquirirán la calidad de Asegurado

Nombre Completo	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Ingreso

**DATOS DE LA PRIMA**

Medio de Pago:	Moneda:	Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos.
Periodicidad de Pago:	Anual: <input type="checkbox"/> Semestral: <input type="checkbox"/> Trimestral: <input type="checkbox"/> Mensual: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	Especificar: _____



Con la firma del presente documento reconozco que he otorgado mi consentimiento para recibir la documentación contractual del Contrato de Seguro:

- Forma física.  
 Formato electrónico al correo electrónico proporcionado en este documento.

Le(s) ha(n) sido diagnosticado(s), ha(n) padecido o padece(n) o ha(n) sido tratado(s) de problemas de presión (alta o baja), colesterol, triglicéridos o alguna enfermedad del corazón, problemas del azúcar como diabetes o tumores malignos como leucemia o cáncer.

Si  No

En caso afirmativo, favor de ampliar su respuesta:

Firmado en:	Firma del Solicitante

**“Este documento sólo 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.”**

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales del Contrato de Seguro, las cuales, independientemente de que le serán dadas a conocer por la persona que esté intermediando este seguro, podrán ser consultadas en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx), o bien, en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

<b>Unidad de Atención Especializada (UNE)</b> Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX Tel. 800-522-0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a> Página Web: <a href="http://www.cardif.com.mx">www.cardif.com.mx</a>	<b>Comisión Nacional para la Protección de los usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)</b> Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999 Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a> Página Web: <a href="http://www.condusef.gob.mx">www.condusef.gob.mx</a>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0104-0059-2024/ CONDUSEF-006519-01 del RECAS.”**

#### Aviso de Privacidad Simplificado

En cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., (“Cardif”), con domicilio en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa a la persona que requiere esta solicitud, que toda la información que se solicita en la misma, será utilizada únicamente para efectos de analizar la posible aceptación de la propuesta de seguro y su contratación.

El Contratante declara conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Cardif, autorizando a Cardif, o a cualquier persona que ésta designe, y dentro de los límites previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, haga uso de los datos personales proporcionados en esta solicitud para todos los fines del contrato de seguro del cual se derive el presente documento.

Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, puede consultar el Aviso de Privacidad integral, ingresando a [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)