



# SEGURO DE PROTECCIÓN TOTAL INTEGRAL

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro **PPAQ-S0104-0060-2024/CONDUSEF-006525-01** del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros).

**INDICE**

|   |           |
|---|-----------|
| 1. DEFINICIONES .....   | 3         |
| 2. COBERTURAS BÁSICAS: ¿QUÉ CUBRE TU SEGURO? .....            | 4         |
| 3. TEN EN CUENTA QUE: .....                                   | 5         |
| 4. ¿QUÉ NO CUBRE TU SEGURO? .....                             | 5         |
| 5. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO?.....                             | 6         |
| 6. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS..... | 6         |
| <b>AVISO DE PRIVACIDAD.....</b>                               | <b>12</b> |

# Cardif

## SEGURO DE PROTECCIÓN TOTAL INTEGRAL

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.

### 1. DEFINICIONES

Los términos que regirán el presente Contrato de Seguro son los siguientes, pudiendo ser en femenino o masculino, en plural o singular.

- **Asegurado:** Persona física protegida por este Contrato de Seguro, cuyo nombre aparece en el Certificado Individual.
- **Beneficiario:** Persona física que tiene derecho a la indemnización respectiva.
- **Carátula de Póliza:** Documento que contiene: información y datos del Contratante; descripción de la Colectividad Asegurada; e información referente a los términos bajo los cuales operará este Contrato de Seguro.
- **Certificado Individual:** Documento que contiene la información aplicable a cada Asegurado, referente a los términos bajo los cuales operará este Contrato de Seguro.
- **Colectividad Asegurada:** Personas físicas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos y que han otorgado su consentimiento para formar parte de este.
- **Contratante:** Persona física o moral que adquiere el Contrato de Seguro y, que es responsable del pago de la prima (salvo que se disponga lo contrario).
- **Contrato de Seguro:** De forma conjunta: las condiciones generales, la Carátula de Póliza, Certificado Individual, la solicitud de seguro los Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Endoso:** Documento que modifica las condiciones originales del Contrato de Seguro, previo acuerdo entre el Contratante y nosotros.
- **Evento:** Ocurrencia de cualquiera de los riesgos indicados como amparados en tu Certificado Individual durante la Vigencia.
- **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 Certificado Individual. 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 Certificado Individual.
- **Suma Asegurada:** Cantidad indicada en tu Certificado Individual, para cada cobertura, que será pagada como máximo, al verificarce el Evento, en caso de ser procedente.
- **Vigencia:** Periodo indicado en tu Certificado Individual, durante el cual, quedarás cubierto bajo este Contrato de Seguro. Este inicia y termina a las 12:00 (doce) horas de la Ciudad de México conforme a la fecha estipulada en tu Certificado Individual.



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

### 2.1. MUERTE ACCIDENTAL

Si durante la Vigencia, llegarás a fallecer a consecuencia de las lesiones originadas, directa e inmediatamente, por un accidente, o dentro de los 90 días siguientes a la fecha de ocurrencia de éste, le pagaremos a tu(s) Beneficiario(s) designado(s) el monto establecido en tu Certificado Individual.

### 2.2. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Si durante la Vigencia llegas a tener un accidente y requieres ser hospitalizado, una vez que haya transcurrido el Periodo de Hospitalización, te pagaremos por cada día que permanezcas hospitalizado, hasta por el número máximo de días por Evento, lo anterior, conforme a lo indicado en tu Certificado Individual.

**En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, éstas serán consideradas como continuación de las anteriores y, en su caso, se seguirá pagando hasta por un periodo máximo de doce (12) meses.**

### 2.3. CIRUGÍA

Si durante la Vigencia, a causa de un accidente y/o enfermedad (según se especifique en tu Certificado Individual), requieres una cirugía realizada en una sala de quirófano, una vez que haya transcurrido el Periodo de Hospitalización, te pagaremos el monto establecido en tu Certificado Individual.

### 2.4. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Si durante la Vigencia requieres que se te realice una apendicectomía y/o una hernioplastia, esta última cubriendo únicamente la primera cirugía, de alguno de los siguientes tipos de hernia: (i) hernia abdominal; (ii) hernia inguinal y (iii) hernia umbilical, te pagaremos el monto establecido en tu Certificado Individual.

En caso de también tener contratada la cobertura 2.3. Cirugía, te podremos pagar el monto establecido para ambas coberturas, siempre y cuando haya transcurrido el Periodo de Hospitalización establecido para la cobertura 2.3 Cirugía.

### 2.5. PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS

Si durante la Vigencia, te diagnostican por primera vez una o varias de las enfermedades graves cubiertas contratadas, te pagaremos el monto establecido en tu Certificado Individual por cada una de ellas.

**Para efectos de esta cobertura, se entenderá como Evento, la ocurrencia de alguna de las enfermedades graves cubiertas, asimismo, considera que el pago de la indemnización por alguna de las enfermedades graves 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 graves cubiertas que contrates y se encuentren indicadas en tu Certificado Individual, pudiendo ser alguna(s) de las siguientes:

- Accidente Cerebro Vascular.
- Cáncer.
- Infarto al Miocardio.

### 2.6. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si durante la Vigencia, llegarás a tener algún accidente, te reembolsaremos los gastos médicos y/o hospitalarios que hayas realizado derivado de éste, por concepto de: tratamiento médico, intervención quirúrgica, honorarios médicos, hospitalización, servicios de enfermera, ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, lo anterior, previa comprobación y hasta el monto especificado en tu Certificado Individual.

### 3. TEN EN CUENTA QUE:

- Algunas coberturas podrán tener características particulares que deberán cumplirse para poder aplicar, esta información será indicada en tu Certificado Individual por cada cobertura.
- No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.

### 4. ¿QUÉ NO CUBRE TU SEGURO?

#### 4.1. EXCLUSIONES GENERALES PARA LAS COBERTURAS: INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, CIRUGÍA Y REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- a) Tu participación directa en actos delictivos, incluyendo el uso ilegal de armas de fuego y explosivos.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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. 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.

##### 4.2.2. PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS

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.

##### 4.2.3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE



**Adicional a las mencionadas en la sección 4.1., Gastos erogados por los servicios a tus acompañantes durante tu hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**

## 5. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO?

Tan pronto como tú o tu(s) Beneficiario(s), según corresponda, tengan conocimiento de la ocurrencia del Evento, deberá(n) comunicarse con nosotros vía telefónica al 800 953 0424 en la Ciudad de México o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 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, copia legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, del (los) Beneficiario(s) y una tuya (si la tuviera(n)). En su caso, comprobante de domicilio con una antigüedad menor a 3 (tres) meses. En caso de ser extranjeros, adicionalmente, copia legible del documento vigente emitido por el Instituto Nacional de Migración, que acredite su legal residencia en México.

### 5.2. DOCUMENTOS ADICIONALES POR COBERTURA

**Muerte Accidental:** Copia certificada de las actuaciones (con sellos y firmas) ante la Fiscalía que corresponda, sea de jurisdicción federal o estatal, que acredite la ocurrencia del Evento.

**Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente:** Constancia hospitalaria con fecha, hora de ingreso y egreso de la Institución de Salud.

**Cirugía, Procedimientos Quirúrgicos y Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves Cubiertas:** 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.

**Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:** Original de los comprobantes de pago (facturas y/o recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos) a tu nombre; las facturas de farmacia deberán acompañarse con las recetas de los Médicos que prescriben salvo los antibióticos, en cuyo caso deberá presentarse una copia (las recetas deben contar con todo lo necesario de acuerdo a la norma oficial de salud vigente al momento de la expedición), de igual forma estudios de laboratorio o gabinete, patología, imagenología, etc. En estos últimos deberá anexar los resultados e interpretación y nombre del paciente.

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. Límites de Edad

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 Certificado Individual.

### 6.2. Prima

El monto, medio y periodicidad de pago, serán especificados en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. 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 la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual sin que exceda de 90 (noventa) días naturales (Periodo de Gracia).



### 6.3. 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.

### 6.4. 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.**

### 6.5. Comunicaciones

Para nosotros: Por escrito en el domicilio indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual o a través del número telefónico indicado en dicho documento.

Para ti y/o el Contratante: Por escrito en el último domicilio que conozcamos o a través del número telefónico o correo electrónico proporcionado y que consten en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

### 6.6. Beneficiario

Deberás designar a tu(s) Beneficiario(s) en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

Cuando no exista Beneficiario designado, la indemnización se pagará al beneficiario predeterminado conforme al siguiente orden: tu cónyuge o concubino(a) legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, serán tu(s) hijo(s) mayor(es) de edad, en caso de existir más de uno será pagado proporcionalmente, y en ausencia de éste(os), tu(s) parente(s) por partes iguales. En ausencia de los anteriores, será tu sucesión legal.

#### Cambio de Beneficiarios.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, podrás modificar la designación de Beneficiario(s) mediante notificación por escrito hacia nosotros. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no la recibamos oportunamente y paguemos la indemnización conforme a la última designación de Beneficiario(s) que hayamos tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna de nuestra parte.

Podrás renunciar a tu derecho de cambiar de Beneficiario(s), si así lo deseas, haciendo una designación irrevocable, y deberás comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a nosotros por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en tu Certificado Individual y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo que tú, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

### 6.7. 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, 10 y 47 de la Ley.

### 6.8. 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.

### 6.9. Pérdida del Derecho para ser Indemnizado

**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.

### 6.10. Indemnización por Mora

En caso de 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

Tú o tu(s) Beneficiario(s) cuentan con 2 (dos) años para reclamar la indemnización, a partir del momento en que conozcan o deban tener conocimiento de la ocurrencia del Evento.

### 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, salvo para la cobertura de Muerte Accidental, la cual será cubierta sin importar el lugar de ocurrencia.

Para el resto de las coberturas, la limitación territorial podrá ampliarse para cubrir riesgos ocurridos en el extranjero, debiendo constar en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. 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.**

Debes comunicarnos las agravaciones esenciales que existan durante la Vigencia dentro de las 24 horas siguientes a que las conozcas, 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), tú o tu(s) 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), tú o tus(s) 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), el tuyo o el de tu(s) 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 800 953 0424; 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. Registro de los Asegurados; Expediente**

Formaremos un registro y crearemos un expediente de los Asegurados que contendrá como mínimo, la información contenida en los Certificados Individuales, quedando el Contratante obligado a proporcionar la información necesaria y suficiente a efecto de integrar el referido registro y expediente.

### **6.19. Ingreso a la Colectividad Asegurada**

Quien ingrese a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la contratación, se sujetarán a lo siguiente:

- a) Los que otorguen su consentimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes, quedarán asegurados bajo las mismas condiciones en que se contrató este seguro.
- b) Los que otorguen su consentimiento posterior a los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubiera adquirido el derecho de formar parte, nosotros, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podremos exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratado el Contrato de Seguro.
- c) Cuando exijamos requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el inciso anterior, dentro de los 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos, se informará la aceptación o no de aseguramiento, de no hacerlo se entenderá que se acepta con las mismas condiciones en que fue contratado el Contrato de Seguro.

### **6.20. Bajas de la Colectividad Asegurada**

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar asegurados desde la separación, quedando sin validez el Certificado Individual respectivo.

En su caso, a quienes hayan pagado la prima, le devolveremos el monto de prima corresponde al tiempo no transcurrido, descontando el costo de adquisición y administración, lo anterior, dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la solicitud de cancelación, por escrito, del Contratante y/o Asegurado, a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el mismo.

### **6.21. Obligaciones del Contratante**

De conformidad con lo establecido en 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 (Reglamento), el Contratante se obliga a lo siguiente:

- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada (Asegurados), así como entregarnos los consentimientos respectivos respecto de las coberturas de fallecimiento;
- Comunicarnos la separación definitiva de Asegurados;
- Comunicarnos cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por nosotros o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y
- Remitirnos 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.



## 6.22. Referencia de Leyes

En cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General en materia de Sanas Prácticas, tú y/o el Contratante podrán 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.

## 6.23. 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.

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

*“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 1 de agosto de 2024, con el número PPAQ-S0104-0060-2024/CONDUSEF-006525-01.”*



## 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, apegándose 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 Asegurado de un Seguro de Accidentes y Enfermedades



## ¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un Seguro?

Cuando se contrata un seguro es muy común que se desconozcan 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 siniestro. 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. Para lo cual, pones a tu disposición nuestro sitio web **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 siniestro tienes derecho a:

- 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 Certificado Individual, 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 presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), ubicada en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, con los teléfonos 55 4123 0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas, 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 que está ubicada en Insurgentes Sur 762 Colonia Del Valle Ciudad de México, C.P. 03100 o al teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México 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 **800 953 0424** con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

**Este seguro cuenta con el número de registro PPAQ-S0104-0060-2024/ CONDUSEF-006525-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF).**

**“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 1 de agosto de 2024, con el número PPAQ-S0104-0060-2024/ CONDUSEF-006525-01 del RECAS.”**



DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:

Vigencia de la Póliza:

Operación del Seguro:

Territorio cubierto:

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

DATOS DEL CONTRATANTE

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 DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

Colectividad Asegurada y sus características:

DETALLE DE COBERTURAS

| Descripción                              | Muerte Accidental | Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente* | Cirugía |
|--|-------------------|---|---------|
| Suma Asegurada o regla para determinarla |                   |   |         |
| Número de Eventos                        | No Aplica         |   |         |
| Periodo de Hospitalización               | No Aplica         |   |         |
| Periodo de Carencia**                    | No Aplica         | No Aplica   |         |
| Edad mínima de aceptación                |                   |   |         |
| Edad máxima de aceptación                |                   |   |         |
| Edad máxima de renovación                |                   |   |         |

DETALLE DE COBERTURAS

| Descripción                              | Procedimientos Quirúrgicos | Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves Cubiertas | Reembolso de Gastos Médicos por Accidente |
|--|----------------------------|---|---|
| Suma Asegurada o regla para determinarla |                            |   |   |
| Número de Eventos                        |                            | No Aplica   |   |
| Periodo de Carencia**                    |                            |   | No Aplica                                 |
| Edad mínima de aceptación                |                            |   |   |
| Edad máxima de aceptación                |                            |   |   |
| Edad máxima de renovación                |                            |   |   |

ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL CONTRATANTE

|   |   |
|---|---|
| Número máximo de días a cubrir por hospitalización: | Causa cubierta para cirugía:<br><input type="checkbox"/> Accidente<br><input type="checkbox"/> Enfermedad |
|---|---|

Enfermedades Graves Cubiertas:

\*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.

**No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.**



## DATOS DE LA PRIMA

|  |  |                              |                |             |
|--|--|------------------------------|----------------|-------------|
| Pago de Prima a cargo del:   | Contribución de los Asegurados del pago de la Prima: |                              |                |             |
| Periodicidad de Pago:  | Periodo de Gracia:                                   |                              | Medio de Pago: |             |
| <b>Moneda:</b> Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos. |  |                              |                |             |
| Prima Neta   | Gastos de Expedición                                 | Recargo por Pago Fraccionado | IVA            | Prima Total |

| 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: |                                  |

**“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.”

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

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

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

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

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

**Artículo 21.-** La Compañía podrá renovar el Contrato de Seguro cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.”

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 el Contratante y/o los Asegurados, sujeto a las condiciones generales, cláusulas generales y Certificados Individuales 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 **800 953 0424, de lunes a viernes de 08:30 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)   | 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<br>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<br>Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a><br>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<br>Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999<br>Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a><br>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 1 de agosto de 2024, con el número PPAQ-S0104-0060-2024/ CONDUSEF-006525-01 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)



DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: Certificado Individual No.:  
 Vigencia de la Póliza: Vigencia del Certificado Individual:  
 Operación del Seguro: Territorio cubierto:

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

DATOS DEL CONTRATANTE

|                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Nombre Completo y/o Razón Social: | Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.: |
|-----------------------------------|---------------------------------|

DATOS DEL ASEGURADO

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| Nombre:  | Fecha de nacimiento:               |
| RFC:     | Domicilio:                         |
| Colonia: | Alcaldía o Municipio:              |
| Estado:  | Teléfono: Código Postal:<br>Email: |

TEN EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES POR COBERTURAS

| Descripción                              | Muerte Accidental | Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente* | Cirugía |
|--|-------------------|---|---------|
| Suma Asegurada o regla para determinarla |                   |   |         |
| Número de Eventos                        | No Aplica         |   |         |
| Periodo de Hospitalización*              | No Aplica         |   |         |
| Periodo de Carencia**                    | No Aplica         | No Aplica   |         |
| Edad mínima de aceptación                |                   |   |         |
| Edad máxima de aceptación                |                   |   |         |
| Edad máxima de renovación                |                   |   |         |

TEN EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES POR COBERTURAS

| Descripción                              | Procedimientos Quirúrgicos | Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves Cubiertas | Reembolso de Gastos Médicos por Accidente |
|--|----------------------------|---|---|
| Suma Asegurada o regla para determinarla |                            |   |   |
| Número de Eventos                        |                            | 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

|   |   |
|---|---|
| Número máximo de días a cubrir por hospitalización: | Causa cubierta para cirugía:<br><input type="checkbox"/> Accidente<br><input type="checkbox"/> Enfermedad |
|---|---|

Enfermedades Graves Cubiertas:

\*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.

No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.



## DATOS DE LA PRIMA

|   |   |                              |                |             |
|---|---|------------------------------|----------------|-------------|
| Pago de Prima a cargo del:  | Contribución de los Asegurados al pago 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 |

## BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S)

## Advertencia

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Carácter (Irrevocable/Revocable) | Porcentaje |
|--------|---------------------|------------|----------------------------------|------------|
| 1.     |                     |            |                                  |            |
| 2.     |                     |            |                                  |            |
| 3.     |                     |            |                                  |            |
| 4.     |                     |            |                                  |            |
| 5.     |                     |            |                                  |            |

## Datos de los Beneficiario(s) designado(s)

Calle, Número Interior, Número Exterior, Colonia, Municipio o Alcaldía, Entidad Federativa o Población, Código Postal

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

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   |                                  |



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

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

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

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

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

**Artículo 21.-** La Compañía podrá renovar el Contrato de Seguro cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.”

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 el Contratante y/o los Asegurados, sujeto a las condiciones generales, cláusulas generales y Certificados Individuales 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 **800 953 0424, de lunes a viernes de 08:30 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)   | 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<br>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<br>Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a><br>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<br>Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999<br>Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a><br>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 1 de agosto de 2024, con el número PPAQ-S0104-0060-2024/ CONDUSEF-006525-01 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 DEL CONTRATANTE**

**Nombre Completo y/o Razón Social:**

**Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.:**

**Domicilio:**

**Colonia:**

**Alcaldía o Municipio:**

**Código Postal:**

**Estado:**

**Teléfono:**

**Email:**

**CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGUROADA**

**Colectividad Asegurada y sus características:**

**Relación de las personas integrantes con el Contratante:**

**Territorio cubierto:**

**Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la colectividad asegurable, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen:**

**Nota:** En caso de ser necesario, favor de desglosar la información en documentos adjuntos a esta solicitud.

**COBERTURAS SOLICITADAS**

| Nombre de la Cobertura                                 | Suma Asegurada o regla para determinarla | Nombre de la Cobertura   | Suma Asegurada o regla para determinarla |
|--|--|--|--|
| Muerte Accidental                                      |  | Procedimientos Quirúrgicos   |  |
| Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente |  | Reembolso de Gastos Médicos por Accidente  |  |
| Cirugía  |  | Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves Cubiertas<br><input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Infarto al Miocardio |  |

**DATOS DE LA PRIMA**

**Pago de Prima a cargo del:**

**Contribución de los Asegurados al pago de la Prima:**

**Medio de Pago:**

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

**Periodicidad de Pago:**

**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 ha sido diagnosticado, ha padecido o padece o ha sido tratado 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 |
|-------------|-----------------------|
|             |                       |

El Contratante conviene con Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. mantener los expedientes de identificación de los Asegurados, así como su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado durante toda la Vigencia y a entregarlos a Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. de manera digitalizada en el momento en que esta los requiera o bien al concluir la Vigencia.

**“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por nosotros, 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><br>Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX<br>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<br>Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a><br>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><br>Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX<br>Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999<br>Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a><br>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 1 de agosto de 2024, con el número PPAQ-S0104-0060-2024/ CONDUSEF-006525-01 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)

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

**DATOS DEL CONTRATANTE**

**Nombre Completo y/o Razón Social:**

**Fecha de Nacimiento y/o R.F.C.:**

**Domicilio:**

**Colonia:**

**Alcaldía o Municipio:**

**Código Postal:**

**Estado:**

**Teléfono:**

**Email:**

**CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGUROADA**

**Colectividad Asegurada y sus características:**

**Relación de las personas integrantes con el Contratante:**

**Territorio cubierto:**

**Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la colectividad asegurable, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen:**

**Nota:** En caso de ser necesario, favor de desglosar la información en documentos adjuntos a esta solicitud.

**COBERTURAS SOLICITADAS**

| Nombre de la Cobertura                                 | Suma Asegurada o regla para determinarla | Nombre de la Cobertura   | Suma Asegurada o regla para determinarla |
|--|--|--|--|
| Muerte Accidental                                      |  | Procedimientos Quirúrgicos   |  |
| Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente |  | Reembolso de Gastos Médicos por Accidente  |  |
| Cirugía  |  | Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves Cubiertas<br><input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Infarto al Miocardio |  |

**DATOS DE LA PRIMA**

**Pago de Prima a cargo del:**

**Contribución de los Asegurados al pago de la Prima:**

**Medio de Pago:**

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

**Periodicidad de Pago:**

**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.

**Firmado en:**

**Firma del Solicitante**

El Contratante conviene con Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. mantener los expedientes de identificación de los Asegurados, así como su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado durante toda la Vigencia y a

entregarlos a Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. de manera digitalizada en el momento en que esta los requiera o bien al concluir la Vigencia.

**“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por nosotros, 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><br>Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX<br>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<br>Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a><br>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><br>Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX<br>Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999<br>Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a><br>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 1 de agosto de 2024, con el número PPAQ-S0104-0060-2024/ CONDUSEF-006525-01 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)