

# SEGURO DE VIDA LIGADO A UN CRÉDITO

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro **CNSF-S0104-0394-2024 / CONDUSEF-006673-01** del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros).

## ÍNDICE

1. DEFINICIONES .....	3
2. COBERTURAS BÁSICAS: ¿QUÉ CUBRE TU SEGURO? .....	3
3. COBERTURAS ADICIONALES .....	4
4. TEN EN CUENTA QUE.....	6
5. ¿QUÉ NO CUBRE TU SEGURO?.....	6
6. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO? .....	7
7. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.....	8
AVISO DE PRIVACIDAD .....	14

# SEGURO DE VIDA LIGADO A UN CRÉDITO

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:

- **Accidente:** Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita independiente de tu voluntad.
- **Acreditado:** Persona física que tiene celebrado un Crédito con el Contratante.
- **Asegurado:** Acreditado y/o coacreditado cuyo nombre aparece en el Certificado Individual. Únicamente se podrá asegurar al coacreditado que cumpla con alguno de los supuestos siguientes: (i) persona física que, adicionalmente a ti, participa en el pago del Crédito de forma solidaria o mancomunada; o (ii) tú cónyuge, sin importar si participa o no en el pago del Crédito.
- **Beneficiario:** Persona física o moral que tiene derecho a recibir la indemnización conforme a lo establecido en cada cobertura. Para algunas coberturas será el propio Asegurado.
- **Carátula de Póliza:** Documento que contiene la información y datos del Contratante, la descripción del Grupo Asegurado, así como la información referente a los términos bajo los cuales operará este Contrato de Seguro.
- **Certificado Individual:** Documento que contiene la información aplicable a cada Asegurado y su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado.
- **Contratante:** Persona moral que ha celebrado con nosotros el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago del Crédito, y es responsable de realizar el pago de la prima, salvo que se disponga lo contrario.
- **Contrato de Seguro:** De forma conjunta: las condiciones generales, la Carátula de Póliza, la solicitud de seguro, los Certificados Individuales, los Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Crédito:** Monto que te es entregado por el Contratante, en términos del contrato celebrado con éste.
- **Diagnóstico:** Dictamen emitido por un Médico sobre tu padecimiento o condición, ocurrido durante la Vigencia.
- **Endoso:** Documento que modifica las condiciones originales del Contrato de Seguro, previo acuerdo entre el Contratante y nosotros.
- **Evento:** Consiste en la ocurrencia del riesgo indicado en tu Certificado Individual. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.
- **Grupo Asegurado:** Personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por éste, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por nosotros y que otorguen su consentimiento para formar parte de este.
- **Invalidez Total y Permanente:** Condición de carácter permanente, que se manifiesta durante la Vigencia, que te impida desempeñar un trabajo u ocupación remunerados.
- **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.**
- **Mensualidad del Crédito:** Pago periódico que cubre el Crédito.

- **Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente:** Aquella enfermedad y/o padecimiento que con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual:
  - Se haya declarado su existencia; o
  - Hayas realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
  - Sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico por un Médico, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico.

Única y exclusivamente respecto de las coberturas: **Invalidez Total y Permanente, y Pérdida del Ingreso por Incapacidad Total Temporal** deberá entenderse como:

- Aquellos padecimientos y/o enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual, hayas tenido conocimiento, hayas recibido tratamiento médico por un Médico y/o Médico especialista, de que el padecimiento y/o enfermedad de que se trate pudiera llegar a derivar en una **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**; y/o
- Aquellos padecimientos y/o enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**.
- **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 las coberturas donde se cubra tu fallecimiento, en caso de Accidente, ni en las renovaciones.
- **Periodo de Espera:** Plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el Evento, para que proceda el pago de la cobertura respectiva, en caso de ser procedente. En caso de aplicar, se establecerá en tu Certificado Individual.
- **Saldo Insoluto.** Monto adeudado por el Acreditado al Contratante, en los términos del Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Evento.
- **Suma Asegurada:** Cantidad máxima por cobertura indicada en tu Certificado Individual, que será pagada al verificarse el Evento, en caso de ser procedente.
- **Vigencia:** Periodo indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, durante el cual quedas 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 en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

## 2. COBERTURAS BÁSICAS: ¿QUÉ CUBRE TU SEGURO?



### 2.1. Fallecimiento

Si durante la Vigencia, llegaras a fallecer, pagaremos la Suma Asegurada establecida en tu Certificado Individual. La Suma Asegurada podrá ser de la forma siguiente:

- Suma Asegurada no fija al Contratante, equivalente al Saldo Insoluto a la fecha del fallecimiento del Asegurado.
- Suma Asegurada fija, la cual cubrirá primero el Saldo Insoluto a la fecha del fallecimiento al Contratante, y, en caso de existir remanente, éste será pagado al (a los) Beneficiario(s) indicado(s) en tu Certificado Individual.

## 3. COBERTURAS ADICIONALES



Únicamente quedarás protegido con las coberturas que se especifiquen expresamente como amparadas en tu Certificado Individual. Cada cobertura contará con una Suma Asegurada independiente a la establecida para la cobertura básica de fallecimiento.

### 3.1. Invalidez Total y Permanente

Si durante la Vigencia, a causa de un Accidente y/o enfermedad (según se especifique en tu Certificado Individual), cayeras en un estado de Invalidez Total y Permanente, pagaremos la Suma Asegurada establecida en tu Certificado Individual. Este pago podrá ser de la forma siguiente:

- Suma Asegurada no fija al Contratante, equivalente al Saldo Insoluto a la fecha en que se dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente.
- Suma Asegurada fija, la cual cubrirá primero el Saldo Insoluto a la fecha en que se dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente al Contratante, y, en caso de existir remanente, éste te será pagado.

### 3.2. Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta

Si durante la Vigencia, te diagnostican por primera vez una o varias de las enfermedades cubiertas contratadas, pagaremos la Suma Asegurada establecida en tu Certificado Individual. Este pago podrá ser de la forma siguiente:

- Al Contratante las Mensualidades del Crédito hasta por el número máximo establecido en tu Certificado Individual.
- Suma Asegurada fija, la cual cubrirá primero al Contratante las Mensualidades del Crédito hasta por el número máximo establecido en tu Certificado Individual, y, en caso de existir remanente, éste te será pagado.

**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 Certificado Individual, y podrán considerarse las siguientes:

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

### 3.3. Desempleo Involuntario

Si durante la Vigencia, eres despedido, tu contrato laboral es rescindido antes de la fecha inicialmente pactada, o, tu patrón no renueva tu contrato laboral por tiempo determinado (siempre y cuando hayas tenido al menos 2 contratos consecutivos con el mismo patrón, cubriendo 12 meses empleado con éstos), por causas ajenas a tu voluntad y sin responsabilidad alguna, pagaremos la Suma Asegurada por Evento establecida en tu Certificado Individual. Este pago podrá ser de la forma siguiente:

- Al Contratante las Mensualidades del Crédito hasta por el número máximo establecido en tu Certificado Individual.
- Suma Asegurada fija, la cual cubrirá primero al Contratante las Mensualidades del Crédito hasta por el número máximo establecido en tu Certificado Individual, y, en caso de existir remanente, éste te será pagado.

**Esta cobertura únicamente aplica cuando seas empleado formal, es decir, que tengas un contrato laboral por tiempo indeterminado o determinado.**

### 3.4. Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal

Si durante la Vigencia, sufres una incapacidad total temporal a causa de un Accidente o enfermedad, prescrita por un Médico, y derivado de ésta, quedas imposibilitado temporalmente para el desempeño de tu trabajo o actividad habitual, pagaremos la Suma Asegurada por Evento establecida en tu Certificado Individual. Este pago podrá ser de la forma siguiente:

- Al Contratante las Mensualidades del Crédito hasta por el número máximo establecido en tu Certificado Individual.
- Suma Asegurada fija, la cual cubrirá primero al Contratante las Mensualidades del Crédito hasta por el número máximo establecido en tu Certificado Individual, y, en caso de existir remanente, éste te será pagado.

Esta cobertura únicamente aplica si te dedicas a realizar actividades empresariales, seas profesionista independiente o tengas una actividad independiente.

## 4. TEN EN CUENTA QUE...



- Algunas coberturas podrán tener características particulares que deberán cumplirse para poder ser aplicables, esta información será indicada en tu Certificado Individual por cada cobertura.
- No se considera Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por ti.
- Queda entendido que, de manera enunciativa, más no limitativa, no deberá considerarse dentro del concepto Saldo Insoluto o Mensualidad del Crédito, los intereses moratorios, saldos/pagos vencidos, comisiones, cuotas, así como cualquier otro cargo adicional que le debas al Contratante, no quedando cubiertos de forma alguna por este Contrato de Seguro. De igual forma, no se cubrirá el pago de daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.
- Para aquellas coberturas que consideren el pago de Mensualidades del Crédito, el pago cesará una vez que desaparezca la causa que provocó el Evento cubierto o en el caso que hayas consumido el total de Mensualidades del Crédito, lo que ocurra primero.
- Las coberturas de Desempleo Involuntario y Pérdida del Ingreso por Incapacidad Total Temporal son excluyentes, lo anterior considerando que, la aplicación de éstas depende si cuentas con un empleo formal o no, al momento del Evento. En caso de que cubras ambos supuestos, podrás hacer uso de ambas coberturas, siempre y cuando, exista un periodo no menor a 6 (seis) meses entre un Evento y otro.

## 5. ¿QUÉ NO CUBRE TU SEGURO?



### 5.1. EXCLUSIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

Suicidio ocurrido en los primeros 12 meses a partir del inicio de Vigencia. Si el suicidio ocurriera antes de este tiempo, reembolsaremos únicamente la reserva matemática correspondiente.

### 5.2. EXCLUSIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- a) Tu participación en: servicio militar, actos de guerra, declarada o no, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
- b) 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.

- c) Tratamientos psiquiátricos y/o cualquier condición de origen psicológico tales como: estrés, ansiedad, depresión u otras.

### **5.3. EXCLUSIONES PARTICULARES POR COBERTURA**

#### **5.3.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Adicional a las mencionadas en la sección 5.2.

- a) Intento de suicidio durante los primero 12 (doce) meses contados a partir de la fecha de inicio de Vigencia.
- b) Accidentes o enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de Vigencia. Esta exclusión no aplicará en caso de que la Invalidez Total y Permanente sea dictaminada después de 12 (doce) meses de iniciada la Vigencia, no importando si se deriva de un Accidente o enfermedad ocurrido previo a la fecha de inicio de ésta.

#### **5.3.2. PÉRDIDA DE INGRESO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

- a) Tratamientos psiquiátricos y/o cualquier condición de origen psicológico tales como: estrés, ansiedad, depresión u otras.

#### **5.3.3. 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.

#### **5.3.4. DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

- a) La rescisión de la relación laboral, por alguno de los supuestos a que se refiere el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
- b) El desempleo derivado de la terminación de contrato laboral por obra, proyecto, temporales o por temporada, sujeto a prueba o capacitación inicial.

## **6. ¿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 800 801 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.

### **6.1. DOCUMENTOS GENERALES**

El formato único de reclamación proporcionado por nosotros, así como copia legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) Beneficiario (s) y una tuya (si la tuvieran). 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 tu legal residencia en México.



## 6.2. DOCUMENTOS ADICIONALES POR COBERTURA

- **Fallecimiento:** Copia certificada del acta de defunción
- **Invalidez Total y Permanente:** Copia legible del dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por un Médico especialista en medicina del trabajo. En caso de aplicar, resultados de exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología, relacionados al Diagnóstico
- **Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal:** Documento que acredite tu incapacidad total temporal, en donde conste las causas que dieron origen a dicha incapacidad emitido por un Médico. En caso de aplicar, resultados de exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología, relacionados al Diagnóstico
- **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
- **Desempleo Involuntario:** Documento donde conste la terminación de la relación laboral, en la que se especifique: i. Tipo de contrato; ii. Causa de la terminación laboral; iii. Fecha de inicio y término del contrato laboral, o cualquier otro documento que acredite el despido injustificado.

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

## 7. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS



### 7.1. Cobertura Simultánea Acreditado y Coacreditado

Se entenderá que el coacreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas que le sean aplicables, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.

En caso de encontrarse cubiertos de manera simultánea el Acreditado y coacreditado, únicamente se cubrirá el primer Evento. En caso de ocurrencia de un Evento al mismo tiempo de ambos, se asumirá que ocurrió primero el del Acreditado.

Para las coberturas de **Desempleo Involuntario** y **Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal**, el número de Eventos establecidos en tu Certificado Individual se contarán independientemente que el Evento le ocurra al Acreditado o coacreditado.

### 7.2. 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 podrá ser desde 18 años, la máxima de aceptación podrá ser de hasta 85 años y la máxima de renovación podrá ser de hasta 99 años, la edad aplicable se indicará en tu Certificado Individual.

### 7.3. 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).

### 7.4. Cancelación Anticipada del Contrato de Seguro

El Contratante podrá solicitar la cancelación de este Contrato de Seguro mediante solicitud por escrito. Una vez verificada su identificación, en un plazo no mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas, entregaremos un folio o clave de cancelación. En



caso de aplicar, se devolverá la prima pagada que corresponda al tiempo no transcurrido, de la cual se podrá descontar el costo de adquisición respectivo. La devolución será realizada a través de transferencia electrónica a tu cuenta bancaria dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la cancelación.

### 7.5. Renovación

Una vez transcurrido el período de Vigencia, podremos renovar de forma automática el Contrato de Seguro bajo las mismas condiciones, salvo que se solicite 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, pudiendo ésta incrementar.**

### 7.6. 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.

### 7.7. Beneficiarios

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) padre(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.

### 7.8. Omisión e Inexactas Declaraciones

Cualquier omisión, falsa o inexacta declaración nos facultará para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato de Seguro como lo prevén los artículos 8, 10 y 47 de la Ley.

## 7.9. 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 de la fecha del vencimiento de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, hasta la fecha en que se realice el pago.

## 7.10. 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.

## 7.11. Prescripción

Tú o tu(s) Beneficiario(s) cuentan con 5 (cinco) años respecto de la cobertura de Fallecimiento y 2 (dos) años respecto de las coberturas restantes, para reclamar la indemnización a partir del momento en que conozcan o deban tener conocimiento de la ocurrencia del Evento.

## 7.12. 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 **Fallecimiento**, 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.

## 7.13. 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.

#### **7.14. 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.

#### **7.15. 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.

#### **7.16. 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.

### **7.17. Derecho de los Asegurados**

La designación de Beneficiario en favor del Contratante le confiere derecho al pago de la Suma Asegurada hasta por el equivalente del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, pero sin exceder la Suma Asegurada contratada. Tú o tus causahabientes tendrán derecho de exigir que paguemos al Contratante, el importe del Saldo Insoluto amparado por este Contrato de Seguro o las Mensualidades del Crédito, según sea el caso.

En caso que la Suma Asegurada contratada exceda el importe del Saldo Insoluto, al momento de ocurrir el Evento, el remanente será pagado al (a los) Beneficiario(s) indicado(s) en tu Certificado Individual, conforme a los términos y condiciones pactados dentro de tu Contrato de Seguro.

Nos obligamos a notificarte y a tu(s) Beneficiario(s), según corresponda, directamente o a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar este Contrato de Seguro, a fin de que estés en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de tus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que paguemos al Contratante el importe del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, según sea el caso.

Tú y tu(s) Beneficiario(s) deben informar su domicilio, directamente a nosotros o a través del Contratante, para que, llegado el caso, les notifiquemos cualquier decisión relacionada con este Contrato de Seguro.

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, de **lunes a viernes de 08:30 a 21:00** o vía telefónica al **800 801 2402, de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas**.

### **7.18. Registro de 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.

### **7.19. Altas al Grupo Asegurado**

Quien ingrese al Grupo Asegurado con posterioridad a la contratación, se sujetará 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.

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.

### **7.20. Bajas al Grupo Asegurado**

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado 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, de la cual se podrá descontar el costo de adquisición respectivo, 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.

## 7.21. 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 al Grupo Asegurado (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.

## 7.22. Referencia de Leyes

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

## 7.23. 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.

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 06 de Noviembre de 2024, con el número CNSF-S0104-0394-2024/ CONDUSEF-006673-01 del RECAS.”**



## 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

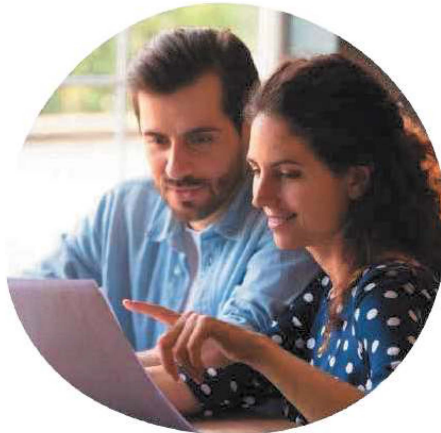


opciones: (1) acudir directamente al domicilio de Cardif ya señalado para obtener el formato correspondiente; y/o (2) contactarnos vía telefónica al 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes 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.

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



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

Cuando se contrata un seguro es muy común que se desconozcan los derechos que tienes 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 lo 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.

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

- Que se te oriente sobre qué hacer y a quién dirigirte, en caso de ocurrir un Evento o controversia, para recibir la indemnización 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, una vez vencida la prima, gozarás de un plazo adicional para realizar el pago de ésta, el cual será estipulado en tu Certificado Individual, sin que exceda de 90 (noventa) días naturales, 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.
- Conocer a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), si se es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida)

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, su 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 06 de noviembre de 2024, con el número CNSF-S0104-0394-2024/ CONDUSEF-006673-01 del RECAS\*”.**


\*Registro de Contratos de Adhesión de Seguros.

DATOS DE LA PÓLIZA			
No. Póliza:		Vigencia de la Póliza:	
Operación del Seguro:	Vida	Territorio cubierto:	La cobertura de <b>Fallecimiento</b> será cubierta sin importar el lugar de ocurrencia. Para el resto de las coberturas:

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

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE			
Razón Social:		Fecha de constitución:	
R.F.C.:		Calle y Número:	
Colonia:		Alcaldía o Municipio:	
Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Correo electrónico:	

DATOS DEL GRUPO ASEGURADO					
Grupo Asegurado y sus características:					
TEN EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES POR COBERTURA					
	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta*	Desempleo Involuntario**	Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal**
Asegurado (Acreditado y/o coacreditado)					
Suma Asegurada o Regla para Determinarla					
Número de Mensualidades del Crédito					
Periodo de Carencia	No Aplica				
Periodo de Espera	No Aplica		No Aplica		
Número de Eventos	No Aplica	No Aplica			
Periodo entre Eventos	No Aplica	No Aplica			
Edad mínima de aceptación					

Edad máxima de aceptación					
Edad máxima de renovación					
 <b>ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL CONTRATANTE</b>					
*Enfermedades Cubiertas:					
Causa Cubierta					
Invalidez Total y Permanente:		Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>			
Antigüedad Laboral (Desempleo Involuntario):					
<b>**Las coberturas de Desempleo Involuntario y Pérdida del Ingreso por Incapacidad Total Temporal son excluyentes, lo anterior considerando que, la aplicación de éstas depende si el Asegurado cuenta con un empleo formal o no, al momento del Evento. En caso de que el Asegurado cubra ambos supuestos podrá hacer uso de ambas coberturas, siempre y cuando, exista un periodo no menor a 6 (seis) meses entre un Evento y otro.</b>					
<b>No se considera Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.</b>					

 <b>DATOS DE LA PRIMA</b>			
Prima Neta:		Gastos de Expedición:	
I.V.A.:		Prima Total:	
Periodicidad de pago:		Medio de pago:	
Moneda:	Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos	Periodo de Gracia:	
Pago de Prima a cargo del:		Contribución de los Asegurados:	

 <b>FECHA DE FIRMA DE EXPEDICIÓN</b>
---

En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma la presente Carátula de Póliza en la Ciudad de México el día:

**FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO**

**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

**Cardif 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

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 al momento de ocurrir el Evento.

La designación de Beneficiario en favor del Contratante le confiere derecho al pago de la Suma Asegurada hasta por el equivalente del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, pero sin exceder la Suma Asegurada contratada. El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho de exigir que paguemos al Contratante, el importe del Saldo Insoluto amparado por el Contrato de Seguro o las Mensualidades del Crédito, según sea el caso.

En caso que la Suma Asegurada contratada exceda el importe del Saldo Insoluto, al momento de ocurrir el Evento, el remanente será pagado al (a los) Beneficiario(s) indicado(s) en el Certificado Individual, conforme a los términos y condiciones pactados dentro del Contrato de Seguro.

Nos obligamos a notificar al Asegurado y a su(s) Beneficiario(s), según corresponda, directamente o a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar este Contrato de Seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que paguemos al Contratante el importe del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, según sea el caso.

El Asegurado y su(s) Beneficiario(s) deben informar su domicilio, directamente a nosotros o a través del Contratante, para que, llegado el caso, les notifiquemos cualquier decisión relacionada con este Contrato de Seguro.

Cualquier declaración o trámite relacionado con el 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, de **lunes a viernes de 08:30 a 21:00** o vía telefónica al **800 801 2402, de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas**. Asimismo, para conocer el alcance del seguro (coberturas, exclusiones y restricciones) te invitamos a que leas cuidadosamente la totalidad de la Carátula de Póliza y condiciones generales, mismas que podrán ser consultadas electrónicamente en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx), o en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

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 06 de noviembre de 2024, con el número CNSF-S0104-0394-2024 / CONDUSEF-006673-01 del RECAS”**

#### **Aviso de Privacidad**

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V (en lo sucesivo, “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. El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad de cumplir con las obligaciones legales y contractuales que le deriven a Cardif conforme al contrato de seguro del cual se derive el presente documento. Para más 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)

DATOS DE LA PÓLIZA			
No. Póliza:		Vigencia de la Póliza:	
No. Certificado Individual:		Vigencia del Certificado Individual:	
Operación del Seguro:	Vida	Territorio cubierto:	La cobertura de <b>Fallecimiento</b> será cubierta sin importar el lugar de ocurrencia. Para el resto de las coberturas: _____

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

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE			
Razón Social:		R.F.C.:	


DATOS DEL GRUPO ASEGURADO	
Grupo Asegurado y sus características:	


DATOS DEL ASEGURADO (ACREDITADO)			
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
R.F.C.:		Calle y Número:	
Colonia:		Alcaldía o Municipio:	
Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Correo electrónico:	

TEN EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES POR COBERTURA					
Descripción	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta*	Desempleo Involuntario**	Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal**
Asegurado (Acreditado y/o coacreditado)					
Suma Asegurada o Regla para Determinarla					
Número de Mensualidades del Crédito					



Periodo de Carencia	No Aplica				
Periodo de Espera	No Aplica		No Aplica		
Número de Eventos	No Aplica	No Aplica			
Periodo entre eventos	No Aplica	No Aplica			
Edad mínima de aceptación					
Edad máxima de aceptación					
Edad máxima de renovación					

 <b>ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO</b>	
<b>*Enfermedades Cubiertas:</b>	
<b>Causa Cubierta</b>	
<b>Invalidez Total y Permanente:</b>	<b>Accidente</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad</b> <input type="checkbox"/>
<b>Antigüedad Laboral (Desempleo Involuntario):</b>	
<b>**Las coberturas de Desempleo Involuntario y Pérdida del Ingreso por Incapacidad Total Temporal son excluyentes, lo anterior considerando que, la aplicación de éstas depende si el Asegurado cuenta con un empleo formal o no, al momento del Evento. En caso de que el Asegurado cubra ambos supuestos podrá hacer uso de ambas coberturas, siempre y cuando, exista un periodo entre un Evento y otro, no menor a 6 (seis) meses.</b>	
<b>No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.</b>	

 <b>BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) POR EL ASEGURADO</b>				
<b>Advertencia</b> 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 (%)

<b>Datos de los Beneficiario(s) designado(s)</b>
<b>Calle, Número Interior, Número Exterior, Colonia, Municipio o Alcaldía, Entidad Federativa o Población, Código Postal</b>

 <b>DATOS DE LA PRIMA</b>			
<b>Prima Neta:</b>		<b>Gastos de Expedición:</b>	
<b>I.V.A.:</b>		<b>Prima Total:</b>	
<b>Periodicidad de pago:</b>		<b>Medio de pago:</b>	
<b>Pago de Prima a cargo del:</b>		<b>Contribución de los Asegurados:</b>	
<b>Moneda:</b>	Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos	<b>Periodo de Gracia:</b>	

**Con la firma del presente documento otorgo mi consentimiento para:**

a) Recibir la documentación contractual del Contrato de Seguro:

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

b) Ser asegurado en el Contrato de Seguro que el Contratante ha solicitado a la Compañía de acuerdo con las condiciones generales. Tengo conocimiento de que para ingresar al seguro debo cumplir con los requisitos de asegurabilidad para formar parte de éste.

#### FECHA DE FIRMA DE EXPEDICIÓN

En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma el presente Certificado Individual en la Ciudad de México el día:

**FIRMA DEL ASEGURADO ACREDITADO**

**FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO**

#### **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

**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.

Teléfonos 800 801 2402

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

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 al momento de ocurrir el Evento.

La designación de Beneficiario en favor del Contratante le confiere derecho al pago de la Suma Asegurada hasta por el equivalente del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, pero sin exceder la Suma Asegurada contratada. Tú o tus causahabientes tendrán derecho de exigir que paguemos al Contratante, el importe del Saldo Insoluto amparado por el Contrato de Seguro o las Mensualidades del Crédito, según sea el caso.

En caso de que la Suma Asegurada contratada exceda el importe del Saldo Insoluto, al momento de ocurrir el Evento, el remanente será pagado al (a los) Beneficiario(s) indicado(s) en tu Certificado Individual, conforme a los términos y condiciones pactados dentro de tu Contrato de Seguro.

Nos obligamos a notificarte y a tu(s) Beneficiario(s), según corresponda, directamente o a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar este Contrato de Seguro, a fin de que estés en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de tus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que paguemos al Contratante el importe del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, según sea el caso.

Tú y tu(s) Beneficiario(s) deben informar su domicilio, directamente a nosotros o a través del Contratante, para que, llegado el caso, les notifiquemos cualquier decisión relacionada con este Contrato de Seguro.

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, de **lunes a viernes de 08:30 a 21:00** o vía telefónica al **800 801 2402, de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas**. Asimismo, para conocer el alcance de tu seguro (coberturas, exclusiones y restricciones) te invitamos a que leas cuidadosamente la totalidad de tu Certificado Individual y condiciones generales, mismas que podrá consultar electrónicamente en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx), o en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

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>

**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.

Teléfonos 800 801 2402  
[www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.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 06 de noviembre de 2024, con el número CNSF-S0104-0394-2024 / CONDUSEF-006673-01 del RECAS”**


#### **Aviso de Privacidad**

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. (en lo sucesivo, “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. El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad de cumplir con las obligaciones legales y contractuales que le deriven a Cardif conforme al contrato de seguro del cual se derive el presente documento. Para más 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:

 <b>DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE</b>			
<b>Razón Social:</b>		<b>Fecha de Constitución:</b>	
<b>R.F.C.:</b>		<b>Calle y Número:</b>	
<b>Colonia:</b>		<b>Alcaldía o Municipio:</b>	
<b>Estado:</b>		<b>Código Postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	

 <b>CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO</b>	
<b>Descripción:</b>	
<b>Relación de las personas integrantes con el Contratante:</b>	
<b>Territorio cubierto:</b> La cobertura de <b>Fallecimiento</b> será cubierta sin importar el lugar de ocurrencia. Para el resto de las coberturas: _____	<b>Número de integrantes:</b>
<b>Características particulares o especiales:</b>	
<b>Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del Grupo Asegurado, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen:</b>	
<b>Nota: En caso de ser necesario, favor de desglosar la información en documentos adjuntos a esta solicitud.</b>	

 <b>COBERTURAS SOLICITADAS</b>		
Nombre de la Cobertura		Suma Asegurada o regla para determinarla
Fallecimiento		
Invalidez Total y Permanente		
Primer Diagnóstico de Enfermedad Cubierta: <ul style="list-style-type: none"> <li>Accidente Cerebro Vascular</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cáncer</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Infarto al Miocardio</li> </ul>		
Desempleo Involuntario		
Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal		
<b>Periodo de cobertura solicitado:</b>		


**ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL SOLICITANTE**

- No se considera Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.
- Las coberturas de Desempleo Involuntario y Pérdida del Ingreso por Incapacidad Total Temporal son excluyentes, lo anterior considerando que, la aplicación de éstas depende si el Asegurado cuenta con un empleo formal o no, al momento del Evento. En caso de que el Asegurado cubra ambos supuestos, podrá hacer uso de ambas coberturas, siempre y cuando, exista un periodo no menor a 6 (seis) meses entre un Evento y otro.


**DATOS DE LA PRIMA**

Pago de Prima a Cargo del:		Contribución de los Asegurados al pago de la Prima:	
Periodicidad de pago:		Medio de pago:	
Moneda:	Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos		

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 podrán ser consultadas en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx), o bien, en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguro (RECAS).

**Cardif 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)

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 06 de noviembre de 2024, con el número CNSF-S0104-0394-2024/ CONDUSEF-006673-01 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 requisió 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)