



SEGURO VIDA CRÉDITO

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro **CNSF-S0104-0311-2019/CONDUSEF-003896-05** 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).

Índice

1. DEFINICIONES.....	4
2. COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO DEL ASEGUROADO ACREDITADO	8
2.1 Descripción de la Cobertura	8
2.2 Exclusiones	9
2.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento del Asegurado Acreditado	9
3. COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO RECÍPROCO	10
3.1 Descripción de la Cobertura	10
3.2 Exclusiones	10
3.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento Recíproco.....	10
4. COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGUROADO ACREDITADO.....	11
4.1 Descripción de la cobertura	11
4.2 Periodo de espera	12
4.3 Exclusiones	12
4.4 Comprobación del estado de Invalidz Total y Permanente	13
4.5 Documentos para comprobar la Invalidz Total y Permanente.....	14
5. COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE RECÍPROCA.....	14
5.1 Descripción de la cobertura	14
5.2 Periodo de Espera.....	15
5.3 Exclusiones	15
5.4 Comprobación del estado de Invalidz Total y Permanente	16
5.5 Documentos para comprobar la Invalidz Total y Permanente.....	16
6. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.....	17
6.1 Edad de contratación	17
6.2 Prima	18
6.3 Vigencia	18
6.4 Renovación	19
6.5 Pago de la Suma Asegurada.....	19
6.6 Beneficiarios	19
6.7 Obligaciones del Contratante	20
6.8 Derechos de los Asegurados	20
6.9 Registro de Asegurados	20
6.10 Expediente	21
6.11 Administración y Acceso a la Información	21
6.12 Ingresos	21
6.13 Bajas	21
6.14 Terminación del Contrato de Seguro	21
6.15 Aviso de Ocurrencia del Evento	22
6.16 Indemnización	22
6.17 Interés moratorio	22
6.18 Prescripción	23
6.19 Competencia	24
6.20 Rectificaciones y Modificaciones	24
6.21 Comunicaciones.....	24
6.22 Comisión o Compensación Directa	24
6.23 Moneda	24
6.24 Cesión.....	25

6.25 Omisión e Inexactas Declaraciones	25
6.26 Carencia de Restricciones.....	25
6.27 Residencia	25
6.29 Agravación del Riesgo	26
6.30 Entrega de Documentación Contractual.....	27
6.31 Datos Personales.....	27
6.32 Referencia de Leyes	27
AVISO DE PRIVACIDAD	28

Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro:

Accidente	Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o la muerte del Asegurado.
Acreditado	La persona física que tiene celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante, bajo los términos y condiciones establecidos en el contrato respectivo.
Asegurado	Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza, que ha otorgado su consentimiento respecto a las coberturas de este contrato, siempre que dichas coberturas se especifiquen en la Carátula y/o Certificado Individual de la Póliza y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.
Asegurado Acreditado	El Acreditado que ha otorgado su Consentimiento respecto a las coberturas de este contrato, siempre que dichas coberturas se especifiquen en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, para quedar amparado por el presente Contrato de Seguro, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual respectivo.
Asegurado Co-acreditado	El Co-acreditado que ha otorgado su Consentimiento respecto a las coberturas de este contrato, siempre que dichas coberturas se especifiquen en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, para quedar amparado por el presente Contrato de Seguro, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual respectivo.
Beneficiario	<p>La persona física y/o moral indicada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.</p> <p>Respecto del Saldo Insoluto, para efectos de las coberturas de este Contrato de Seguro, el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.</p> <p>Si la Suma Asegurada fuera una Cantidad Fija, el Contratante como titular del derecho a la indemnización respectiva derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado y únicamente en caso de que existiere alguna cantidad remanente una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, significa la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo.</p>
Certificado Individual	El documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado y que, cuando menos, contiene la siguiente información: operación de seguro, nombre, teléfono y domicilio y página web de la Compañía, número de la Póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del Contrato de Seguro, vigencia del Certificado Individual, Fecha de Alta del Certificado Individual, nombre del Asegurado y/o del Co-acreditado según corresponda, fecha de nacimiento del Asegurado y/o del Co-acreditado según corresponda, edad del Asegurado y/o del Co-acreditado según corresponda, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, entre otros.
Co-acreditado	La persona señalada en la carátula de Póliza y/o Certificado Individual, pudiendo ser:

	<p>(i) la persona física que, adicionalmente al Acreditado, participa del pago del Crédito otorgado a favor del Acreditado, según lo especificado en el Contrato de Crédito respectivo. El Co-acreditado podrá participar del pago del Crédito, ya sea de forma solidaria o de forma mancomunada, de conformidad con el Contrato de Crédito correspondiente; o</p> <p>(ii) el cónyuge del Asegurado, sin importar si participa o no del pago del Crédito otorgado a favor del Acreditado.</p>
Compañía	Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.
CONDUSEF	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
Consentimiento	El documento mediante el cual el Acreditado y/o el Co-acreditado hacen constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado, respecto de las coberturas contempladas en el Contrato de Seguro.
Contratante	<p>La persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago de Saldo Insoluto del Crédito que el Contratante ha otorgado a favor de los Acreditados y, en su caso Co-acreditados. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados.</p> <p>El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.</p> <p>Para efectos de este Contrato de Seguro, el Contratante será considerado como Beneficiario irrevocable hasta por el Saldo Insoluto del Crédito otorgado a favor de los Asegurados.</p>
Contrato de Crédito	El contrato celebrado entre el Contratante y cada Acreditado y, en su caso, Co-acreditado, que establece los términos y condiciones bajo los cuales el Contratante ha otorgado un Crédito a favor del Acreditado y, en su caso, Co-acreditado.
Crédito	La cantidad adeudada por el Asegurado al Contratante, puesta a disposición del Asegurado en razón del Contrato de Crédito, cuya forma de pago es invariablemente por medio de las rentas fijas especificadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, de acuerdo con lo establecido en el Contrato de Crédito respectivo.
Cuerpo Médico Colegiado	<p>Órgano constituido por los profesionales médicos colegiados que laboran en forma permanente en alguna Institución de Seguridad Social o Privada. Se consideran médicos de labor permanente a los siguientes:</p> <p>A los que mantienen una relación de dependencia salarial con la Institución.</p> <p>A los que desempeñan su actividad profesional en la Institución en forma continua y regular.</p>
Enfermedad	Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual respectivo, que se origine independientemente de hechos accidentales.
Evento	La ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del Certificado Individual. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

Fecha de Inicio de Vigencia	La fecha indicada en la carátula de la Póliza, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.
Fecha de Alta del Certificado Individual	La fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.
Grupo Asegurado	<p>Las personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.</p> <p>Se entenderá que el Co-acreditado formará parte del Grupo Asegurado y se encontrará cubierto bajo las coberturas que le sean aplicables, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento.</p>
Institución de Seguridad Social	<p>(i) Instituto Mexicano del Seguro Social;</p> <p>(ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;</p> <p>(iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o</p> <p>(iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.</p>
Objeto del seguro	Liquidar al contratante el saldo insoluto del crédito otorgado al Asegurado.
Padecimientos Preexistentes	<p>Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se haya declarado su existencia; o • Se hayan 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 legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. <p>Única y exclusivamente respecto de las coberturas: Invalidez Total y Permanente deberá entenderse:</p> <p>Aquellos padecimientos del Asegurado que, con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual, el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico y/o médico especialista que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que el padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una Invalidez Total y Permanente; y/o</p> <p>Aquellos padecimientos del Asegurado que, con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, Invalidez Total y Permanente;</p> <p>Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la</p>

	<p>Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.</p> <p>El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un médico especialista certificado que elija dentro de los previamente designados por la Compañía para un arbitraje privado. La Compañía acepta que, si el Asegurado acude a esta instancia, la Compañía se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el médico especialista certificado designado por el Asegurado y la Compañía, quienes deberán 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 el Asegurado y en caso de ser procedente la reclamación, la indemnización correspondiente será liquidada por la Compañía.</p>
Pago	<p>El pago periódico de las rentas fijas especificadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, previamente establecidas en el Contrato de Crédito, que el Asegurado efectúa al Contratante en razón del Crédito otorgado a favor del Asegurado.</p> <p>Queda entendido que de manera enunciativa, más no limitativa, los intereses moratorios, saldos vencidos, comisiones, cuotas, así como cualquier otro cargo adicional, no se encuentran comprendidos dentro del Pago y consecuentemente no se encuentran cubiertos de forma alguna bajo el presente Contrato de Seguro.</p>
Período de Espera	El lapso de tiempo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el evento. El Período de Espera aplicable, será el establecido en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
Periodo de Gracia	Plazo establecido en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.
Póliza y/o Contrato	Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo el comprobante del pago de la Prima, las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
Práctica profesional de cualquier deporte	Dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se reciba cualquier tipo de retribución.
Prima	La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la carátula de la Póliza) a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del período de vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

RECAS	Registro de Contratos de Adhesión de Seguros
Renta	Se refiere al monto del pago periódico que cubre el crédito otorgado al Asegurado por el Contratante de la Póliza.
Reglamento	El Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
Saldo Insoluto	<p>La cantidad total adeudada y no pagada por el Asegurado al Contratante en los términos del Contrato de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Evento. El Saldo Insoluto, única y exclusivamente; comprende el monto principal del adeudo (Crédito) más los intereses ordinarios, entendiendo por estos los intereses que forman parte del pago inmediato siguiente a la fecha de la ocurrencia del Evento.</p> <p>Para efectos de este Contrato de Seguro, no forman parte del Saldo Insoluto los pagos vencidos, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo (intereses moratorios), comisiones, cuotas, así como tampoco el pago de daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales, que en su caso, el Asegurado llegara a adeudar al Contratante.</p>
Suma Asegurada	La cantidad máxima indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, en cada cobertura, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.
Suma Asegurada Máxima	Es el límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima, la Compañía podrá solicitar la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

2. COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO ACREDITADO

2.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento de un Asegurado Acreditado durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará, de acuerdo a lo contratado y especificado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, alguna de las siguientes opciones:

- Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito, que tenga el Asegurado a su cargo al momento del fallecimiento y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.
- Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito que tenga el Asegurado a su cargo al momento del fallecimiento y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, más una Suma Asegurada Fija al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado siempre que se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
- En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo.

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

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro ya que el objeto del seguro desaparece.

2.2 Exclusiones

Previo pacto entre la Compañía y el Contratante, la Cobertura Básica por Fallecimiento del Asegurado Acreditado, aplicará con cualquiera de las siguientes opciones, lo cual se hará constar en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual:

Opción	Exclusión(es):
Sin exclusiones	Para esta cobertura no hay exclusiones.
Suicidio	Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro del periodo establecido en el Certificado Individual respectivo, sin que pueda exceder de 24 meses, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. Si el suicidio ocurre antes del periodo establecido en el Certificado Individual, la Compañía reembolsará únicamente la reserva matemática.

2.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento del Asegurado Acreditado

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción;
3. Copia del certificado de defunción;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte haya ocurrido de forma violenta;
5. Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
6. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(os) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(os) Beneficiario(s);
8. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del(os) Beneficiario(s)
9. Original o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

3. COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO RECÍPROCO

Esta cobertura opera cuando se contrate expresamente y se especifique en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

3.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Acreditado o Co-acreditado (de acuerdo al artículo 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro solo aplicara para cónyuge o hijo mayor de edad) durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagara a sus Beneficiarios, alguna de las siguientes opciones:

- a) Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito, que tenga el Asegurado a su cargo al momento del fallecimiento y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.
- b) Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito que tenga el Asegurado a su cargo al momento del fallecimiento y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, más una Suma Asegurada Fija al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado siempre que se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
- c) En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo.

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

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro ya que el objeto del seguro desaparece.

3.2 Exclusiones

Previo pacto entre la Compañía y el Contratante, la Cobertura Básica por Fallecimiento Recíproco, aplicará con cualquiera de las siguientes opciones, lo cual se hará constar en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual:

Opción	Exclusión(es):
Sin exclusiones	Para esta cobertura no hay exclusiones.
Suicidio	Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro del periodo establecido en el Certificado Individual respectivo, sin que pueda exceder de 24 meses, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. Si el suicidio ocurre antes del periodo establecido en el Certificado Individual, la Compañía reembolsará únicamente la reserva matemática.

3.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento Recíproco

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de defunción;
3. Copia del certificado de defunción;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte haya ocurrido de forma violenta;
5. Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
6. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(os) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(os) Beneficiario(s);
8. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del(os) Beneficiario(s)
9. Original o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

4. COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO ACREDITADO

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

Se entenderá por Invalidz Total y Permanente:

- a) Aquella condición de carácter permanente, que se manifiesta durante la vigencia de la Póliza derivada de un accidente o Enfermedad y permanezca de forma continua durante un periodo de espera que se especificara en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, que impida al Asegurado desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con sus conocimientos, aptitudes o posición social y por consiguiente no se procure la totalidad de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez; o
- b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, de ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no será necesario que transcurra el periodo de espera arriba indicado.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

Pérdida de una mano: Su separación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana (a nivel de la muñeca) o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana (del tobillo) o arriba de ella.

Pérdida de la vista: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista en ambos ojos.

4.1 Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado Acreditado sufra un estado de Invalidz Total y Permanente durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía pagará, a sus Beneficiarios especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, alguna de las siguientes opciones:

- a) Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito, que tenga el Asegurado a su cargo al momento de que se dictamine el estado de Invalidz Total y Permanente y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.
- b) Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito que tenga el Asegurado a su cargo al momento de que se dictamine el estado de Invalidz Total y Permanente y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, más una Suma Asegurada Fija al Asegurado siempre que se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
- c) En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cubierto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al Asegurado.
- d) Al Contratante la renta del crédito hasta por el número máximo de rentas indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual más una Suma Asegurada fija al Asegurado, siempre que se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual,
- e) Al Contratante un pago mensual fijo hasta por el número máximo de meses indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual más una Suma Asegurada fija al Asegurado, siempre y cuando el Asegurado Acreditado permanezca en estado de invalidez total y permanente.

Este beneficio no será aplicable a Créditos concedidos al Asegurado Acreditado con posterioridad a la fecha en que se diagnostique un estado de Invalidz Total y Permanente.

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

A efecto de decretar el estado de Invalidz Total y Permanente a causa de un accidente, o de un accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza, se deberá tomar en cuenta, de acuerdo con la normatividad, que **si el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.**

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro ya que el objeto del seguro desaparece.

4.2 Periodo de espera

El beneficio derivado del estado de Invalidz Total y Permanente del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual con posterioridad a la ocurrencia del Evento que le dio origen y una vez determinada dicha Invalidz Total y Permanente.

4.3 Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura, no procederá si la Invalidz Total y Permanente es consecuencia de lo siguiente:

- a) Padecimientos Preexistentes en los términos definidos;
- b) Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual, siempre que la Invalidz Total y Permanente se presente dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo y derive de dicho Accidente o Enfermedad, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual;
- c) Intento de suicidio;

- d) Lesiones auto-infingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado;
- e) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;
- f) Participación del Asegurado en Actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;
- g) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;
- h) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo, nuclear o componente nuclear;
- i) La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el Asegurado sea el provocador;
- j) La participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades, deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;
- k) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado o elegidas voluntariamente por el Asegurado; y
- l) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

4.4 Comprobación del estado de Invalidz Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidz Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de Documentos para comprobar la Invalidz Total y Permanente, el dictamen de Invalidz Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o Privada o por un cuerpo médico colegiado, en caso de no contar con el beneficio de ninguna institución de Salud, dicho dictamen puede ser emitido por un médico con cédula de especialidad en el campo requerido, que cuente con la facultad de declarar la Invalidz Total y Permanente, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidz Total y Permanente. En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidz Total y Permanente, dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidz Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro.

Para tener derecho a la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado deberá presentar a la Compañía pruebas fehacientes de dicho estado y someterse, en su caso, a las evaluaciones que ésta solicite.

4.5 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado Acreditado deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente, emitido por institución de seguridad social o privada o por un cuerpo médico colegiado o por un médico con cédula de especialidad en el campo requerido, que cuente con la facultad de declarar la Invalidez Total y Permanente, acompañado de los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición y en la descripción de la cobertura de Invalidez Total y Permanente;
3. Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

5. COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE RECÍPROCA

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

- a) Aquella condición de carácter permanente, que se manifiesta durante la vigencia de la Póliza derivada de un Accidente o Enfermedad y permanezca de forma continua durante un periodo de espera que se especificara en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, que impida al Asegurado Acreditado o Co-acreditado desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con sus conocimientos, aptitudes o posición social y por consiguiente no se procure la totalidad de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez; o
- b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, de ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no será necesario que transcurra el periodo de espera arriba indicado.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

Pérdida de una mano: Su separación completa o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana (a nivel de la muñeca) o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación completa o anquilosamiento desde la articulación tibio-tarsiana (del tobillo) o arriba de ella.

Pérdida de la vista: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista en ambos ojos.

5.1 Descripción de la cobertura

En caso de que el Acreditado o Co-acreditado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual respectivo, la Compañía pagará, a sus Beneficiarios especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, alguna de las siguientes opciones:

- a) Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito, que tenga el Asegurado a su cargo al momento que se dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.
- b) Al Contratante el Saldo Insoluto del Crédito que tenga el Asegurado a su cargo al momento que se dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente y hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, más una Suma Asegurada Fija al Asegurado siempre que se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

- c) En caso de que la Suma Asegurada fuere una cantidad fija y una vez cuberto el Saldo Insoluto al Contratante, existiere alguna cantidad remanente, ésta será pagada al Asegurado.
- d) Al Contratante la renta del crédito hasta por el número máximo de rentas indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual más una Suma Asegurada fija al Asegurado, siempre que se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual,
- e) Al Contratante un pago mensual fijo hasta por el número máximo de meses indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual más una Suma Asegurada fija al Asegurado, siempre y cuando el Asegurado Acreditado permanezca en estado de invalidez total y permanente.

Este beneficio no será aplicable a Créditos concedidos al Asegurado Acreditado con posterioridad a la fecha en que se diagnostique un estado de Invalidez Total y Permanente al Asegurado Acreditado o Co-acreditado.

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

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un Accidente o Enfermedad, se deberá tomar en cuenta que **si el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado Acreditado o Co-acreditado por virtud de su capacidad económica.**

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro ya que el objeto del seguro desaparece.

5.2 Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Acreditado o Co-acreditado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual con posterioridad a la ocurrencia del Evento que le dio origen y una vez determinada dicha Invalidez Total y Permanente.

5.3 Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura, no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de lo siguiente:

- a) Padecimientos Preexistentes en los términos definidos;
- b) Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual, siempre que la Invalidez Total y Permanente se presente dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo y derive de dicho Accidente o Enfermedad, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual;
- c) Intento de suicidio;
- d) Lesiones auto-inflingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria incluyendo las realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que estos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado;
- e) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado Acreditado o Co-acreditado, encontrándose bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;

- f) Participación del Asegurado Acreditado o Co-acreditado en actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, commoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;
- g) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;
- h) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo, nuclear o componente nuclear;
- i) La participación directa del Asegurado Acreditado o Co-acreditado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que el Asegurado sea el provocador;
- j) La participación del Asegurado Acreditado o Co-acreditado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera el uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal;
- k) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado Acreditado o Co-acreditado o elegidas voluntariamente por el Asegurado; y
- l) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

5.4 Comprobación del estado de Invalidz Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidz Total y Permanente, el Asegurado Acreditado o Co-acreditado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de Documentos para comprobar la Invalidz Total y Permanente, el dictamen de Invalidz Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o Privada o por un cuerpo médico colegiado, en caso de no contar con el beneficio de ninguna institución de Salud, dicho dictamen puede ser emitido por un médico con cédula de especialidad en el campo requerido, que cuente con la facultad de declarar la Invalidz Total y Permanente, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidz Total y Permanente. En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidz Total y Permanente, dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidz Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro.

Para tener derecho a la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado Acreditado o Co-acreditado deberá presentar a la Compañía pruebas fehacientes de dicho estado y someterse, en su caso, a las evaluaciones que ésta solicite.

5.5 Documentos para comprobar la Invalidz Total y Permanente

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

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

2. Original o copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente, emitido por institución de seguridad social o privada o por un cuerpo médico colegiado o por un médico con cédula de especialidad en el campo requerido, que cuente con la facultad de declarar la Invalidez Total y Permanente, acompañado de los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición y en la descripción de la cobertura de Invalidez Total y Permanente;
3. Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

6. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

6.1 Edad de contratación

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

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

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

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la Fecha de Alta del Certificado Individual;
- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha de Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en el Certificado Individual y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

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

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

6.2 Prima

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

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

La Prima vence respecto de cada uno de los Asegurados en la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo. En caso de haberse pactado el pago de la Prima en forma fraccionada, los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un período de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el período de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados, como lo prevé el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido fuera del período de vigencia de este Contrato de Seguro y/o del Certificado Individual respectivo.

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

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

6.3 Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la carátula de la Póliza y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la Póliza.

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

La vigencia en relación con cada Certificado Individual iniciará a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Alta del Certificado Individual especificada en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual, en el entendido de que la vigencia de los Certificados Individuales está sujeta a la vigencia de los Contratos de Crédito correspondientes.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado tenga Pagos vencidos respecto del Contrato de Crédito por más de 90 (noventa) días;
- Que el Contrato de Crédito del Asegurado se cancele o se dé por terminado por cualquier causa;
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado;
- En la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro;
- En la fecha en la que el Asegurado haya liquidado de manera total el Crédito a su cargo conforme al Contrato de Crédito respectivo; y
- En la fecha en la que, por la aplicación de cualquiera de las coberturas contratadas que así lo establezcan se pague el crédito a cargo del Asegurado.

6.4 Renovación

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

6.5 Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondan por cada cobertura contratada, en los términos indicados en la misma, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

La indemnización se pagará a través de una transferencia electrónica a la cuenta del Beneficiario o Asegurado, según corresponda. En caso de que no cuente con ella, el pago se podrá realizar a través de cheque, orden de pago o del medio que disponga la Compañía.

6.6 Beneficiarios

El objeto del presente Contrato de Seguro es garantizar al Contratante

- i. el pago del Saldo Insoluto por parte de sus Acreditados y, en su caso, Co-acreditados.
- ii. hasta el número de Pagos del Crédito que se especifica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual,
- iii. más un monto fijo al Asegurado si se especifica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

En caso de que existiere alguna cantidad remanente una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, el Beneficiario por esa cantidad remanente será la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado o el Co-acreditado en el Certificado Individual respectivo.

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Cambio de Beneficiarios.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

“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 deben 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 tendrá 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.”

6.7 Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

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

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

6.8 Derechos de los Asegurados

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto amparado por el seguro más sus accesorios o los Pagos adeudados por el Asegurado al Contratante, no pudiendo nunca exceder dichos Pagos del número que se especifica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Certificado Individual, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto o los Pagos adeudados por el Asegurado al Contratante, no pudiendo nunca exceder dichos Pagos del número que se especifica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

El Asegurado sus causahabientes o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

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

6.9 Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de los Asegurados que contendrá como mínimo, los siguientes datos:

- Nombre, fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del grupo;
- Suma Asegurada o regla para determinarla;
- Fecha de entrada en vigor del seguro respecto de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo;
- Operación y plan de seguro de que se trate;
- Número de Certificado Individual; y

- Coberturas amparadas.

6.10 Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a las Pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

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

6.11 Administración y Acceso a la Información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

6.12 Ingresos

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la 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, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

6.13 Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar Asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez el Certificado Individual respectivo.

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, a los diez días hábiles posteriores a haber recibido la solicitud de cancelación, por escrito, del Contratante y/o Asegurado, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo.

6.14 Terminación del Contrato de Seguro

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso de cancelación, la Compañía tendrá derecho a la Prima que corresponda al período durante el cual estuvo en vigor el Contrato de Seguro, devolviendo en su caso la Prima de tarifa no devengada a la fecha de terminación del contrato, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la Prima de tarifa correspondiente, a los diez días hábiles posteriores a haber recibido la solicitud de cancelación, por escrito, del Asegurado, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo.

6.15 Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Beneficiario y/o el Asegurado tengan conocimiento de la realización del siniestro (Evento) y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía, por escrito, para lo cual gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

6.16 Indemnización

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

6.17 Interés moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora, de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se nomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior, y para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII.- La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dice sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX.- Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrá una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

6.18 Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán respecto de la cobertura de fallecimiento en 5 (cinco) años y respecto de las demás coberturas en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de

Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

6.19 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 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 de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

6.20 Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante y por Póliza, debe entenderse el Contrato de Seguro o el Certificado Individual.

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

6.21 Comunicaciones.

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

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

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

6.22 Comisión o Compensación Directa

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

6.23 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante y/o del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

6.24 Cesión

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

6.25 Omisión e Inexactas Declaraciones

Tratándose de Sumas Aseguradas que excedan a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad en donde la admisión del Acreditado y del Co-acreditado al Grupo Asegurado está sujeta a la previa evaluación del riesgo propuesto por parte de la Compañía, el Acreditado y el Co-acreditado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el “Cuestionario simplificado o detallado de salud”, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de solicitar su incorporación al Grupo Asegurado.

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

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

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

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

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

6.26 Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia dentro del territorio nacional, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la Póliza, salvo la Suma Asegurada Máxima estipulada en la carátula de 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 30 (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.

6.27 Residencia

Este Seguro se contrata con mexicanos que residan habitualmente en el país; o con extranjeros con la calidad legal de residentes y que tengan, por lo menos, 6 meses residiendo en el país, sin importar su nacionalidad.

6.28 Límite Territorial

Esta Póliza ha sido contratada en territorio nacional, para cubrir riesgos que sean reclamados dentro del mismo y conforme a los tribunales y la legislación de los Estados Unidos Mexicanos; el pago de la Suma Asegurada o Indemnización que, en su caso, deba realizar La Compañía, se efectuará en moneda nacional y en territorio nacional.

6.29 Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la Compañía 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 Sobre el Contrato del Seguro.

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (**Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (**Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones” (**Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las Primas anticipadas” (**Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el Siniestro. (**Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, 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 por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la disposición Trigésima Novena, fracciones IX y XXVIII, Cuadragésima Cuarta, fracción VII, Quincuagésima Tercera, fracción

XII, Septuagésima Primera, Septuagésima Segunda y Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la LISF, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.”

6.30 Entrega de Documentación Contractual

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

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
3. Previa solicitud por escrito, a través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

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

Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 800 801 2402 en la Ciudad de México, Área Metropolitana y desde el interior de la República; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

6.31 Datos Personales

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

6.32 Referencia de Leyes

En cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General en materia de Sanas Prácticas, el Asegurado y/o Contratante podrá consultar en la siguiente liga www.cardif.com.mx/anexo-de-leyes el contenido de los artículos de diversos ordenamientos legales que se utilizan en nuestras Pólizas.

Las referencias a los preceptos legales descritos en esta Póliza, puede consultarlos en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros

Unidad de Atención Especializada (UNE)	Comisión Nacional para la Protección de los usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
<p>Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX Tel. 800-522-0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas Correo: une@cardif.com.mx Página Web: www.cardif.com.mx</p>	<p>Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999 Correo: asesoria@condusef.gob.mx Página Web: www.condusef.gob.mx</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 26 de abril de 2024, con el número CNSF-S0104-0311-2019/CONDUSEF-003896-05 del RECAS. Modificado con RESP-S0104-0014-2021 de fecha 07 de abril de 2021."

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 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 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.
- (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 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 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 ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.cardif.com.mx, o en cualquiera de nuestras oficinas.

En caso de ocurrir un Evento tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo, es decir cuentas con 30 días naturales a partir la fecha de inicio de vigencia de la póliza o endoso, en los términos de la cláusula respectiva contenida en el contrato de seguro.
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora, 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 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, o visite 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 o visite la página 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** en la CDMX, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de **lunes a viernes de 08:00 a 21:00 hrs.**

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de abril de 2024, con el número CNSF-S0104-0311-2019/CONDUSEF-003896-05 del RECAS*. Modificado con RESP-S0104-0014-2021 de fecha 07 de abril de 2021”.



PÓLIZA
SEGURO DE VIDA CRÉDITO

Número de la póliza	
Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza	Fecha Fin de Vigencia de la Póliza
Operación del Seguro:	
Forma de Pago:	
Moneda:	Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos

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

Datos del Contratante				
Nombre / Razón Social				R.F.C.
Calle y Número	Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa o Población	
Código Postal	Teléfono		Correo Electrónico	

Coberturas	Pago de Prima a Cargo de:	Suma Asegurada o regla para determinarla	Periodo de Espera	Periodo de Carencia
Básica:				
Adicional(es):				

Exclusión de la Cobertura Básica	

Prima Neta	Gastos de Expedición	IVA	Prima Total
Periodicidad de Pago		Periodo de Gracia	

Grupo Asegurado y Características del Grupo Asegurado	Límites de edad para ingresar al Grupo Asegurado y para la renovación	Contribución de los Asegurados al pago de la Prima
Beneficiario Preferente e Irrevocable	Suma Asegurada Máxima	

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

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado, de conformidad con las declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares, cláusulas y Certificados Individuales del Contrato de Seguro, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la indemnización respectiva.

“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.”

Se informa al Contratante que cualquier trámite que necesite realizar en relación con su seguro, lo podrá hacer en nuestras oficinas ubicadas Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, dentro del siguiente horario de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 o 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 . Cualquier aclaración o duda respecto al alcance de su seguro (coberturas, exclusiones y restricciones), lo invitamos a que lea cuidadosamente la totalidad de su póliza y condiciones generales, o bien, puede consultar electrónicamente en 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: une@cardif.com.mx Página Web: www.cardif.com.mx	Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999 Correo: asesoria@condusef.gob.mx Página Web: www.condusef.gob.mx

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de abril de 2024, con el número CNSF-S0104-0311-2019/CONDUSEF-003896-05 del RECAS. Modificado con RESP-S0104-0014-2021 de fecha 07 de abril de 2021"

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 mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad completo, ingresando a www.cardif.com.mx



CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL/DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

SEGURO DE VIDA CRÉDITO

Número de Póliza			
Número de Certificado			
Operación del Seguro			
Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza	Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza	Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado	Fecha de Fin de Vigencia del Certificado
Forma de Pago		Moneda	
		Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos.	

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

Nombre del Contratante:				
Datos del Asegurado				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Edad (años cumplidos)
Calle y número	Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa o Población	
Código Postal	Teléfono	Correo Electrónico		

Cobertura(s)	Pago de Prima a Cargo de	Suma Asegurada	Periodo de Espera	Periodo de Carencia
Básica:				
Adicional(es):				

Exclusión de la Cobertura Básica

Límites de edad para la contratación y de la renovación	Suma Asegurada Máxima	Cuota o Prima Total	Periodicidad de Pago	Periodo de Gracia

Beneficiario Preferente e Irrevocable

Beneficiarios				
Nombre (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Fecha de nacimiento	Domicilio	Carácter	Porcentaje (%) a otorgar de la Suma Asegurada contratada

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.

Otorgo mi consentimiento para recibir la documentación contractual del contrato de seguro, en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en este documento:
Sí _____ No _____

La Compañía se obliga a pagar la Suma Asegurada que arriba se indica correspondiente al plan de seguro contratado, con sujeción a las condiciones generales, particulares, cláusulas contenidas en la Póliza y Certificados Individuales del Contrato de Seguro.

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

Firma del Asegurado	Firma del cónyuge o Co-acreditado

Se le informa al Asegurado que, para cualquier aclaración, duda o trámite relacionado con su seguro, lo podrá hacer vía telefónica al 800 801 2402. Asimismo, para conocer el alcance de su seguro (coberturas, exclusiones y restricciones) lo invitamos a que lea cuidadosamente la totalidad de su póliza y condiciones generales, mismas que podrá consultar electrónicamente en www.cardif.com.mx, o en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

El Asegurado podrá solicitar una copia de su certificado individual, así como de las condiciones generales, directamente al Contratante o a la Compañía vía telefónica al 800 801 2402.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho de exigir que la Compañía pague al Contratante, el importe del saldo insoluto amparado por el contrato de seguro más sus accesorios.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, directamente o a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante el importe del saldo insoluto.

El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio, directamente a la Compañía o a través del Contratante, para qué la Compañía, llegado el caso, les notifique cualquier decisión relacionado con su contrato de seguro.

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."

CONSENTIMIENTO CO-ACREDITADO Y/O CÓNYUGE Y/O HIJO MAYOR DE EDAD Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En mi carácter de Co-acreditado y/o Cónyuge y/o Hijo mayor de edad, por medio del presente otorgo mi consentimiento de la manera más amplia que en derecho proceda para pertenecer al Grupo Asegurado, bajo el Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

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

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: une@cardif.com.mx Página Web: www.cardif.com.mx	Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999 Correo: asesoria@condusef.gob.mx Página Web: www.condusef.gob.mx

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de abril de 2024, con el número CNSF-S0104-0311-2019/ CONDUSEF-003896-05 del RECAS. Modificado con RESP-S0104-0014-2021 de fecha 07 de abril de 2021"

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 mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad completo, ingresando a www.cardif.com.mx



SOLICITUD

SEGURO DE VIDA CRÉDITO

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

Datos del Contratante			
Contratante		R.F.C.	
Calle y Número	Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa o Población
Código Postal	Teléfono	Correo Electrónico	

Características del Grupo Asegurable	
Giro del Negocio (objeto social / actividades principales de la empresa)	
Relación de las personas integrantes del Grupo Asegurable con el Contratante	
Número de personas que formarán parte del Grupo Asegurable	
Porcentaje con el que cada miembro del Grupo Asegurable, en su caso, contribuirá al pago de la Prima correspondiente	

Vigencia	Moneda	Periodicidad de pago	Regla para determinar la Suma Asegurada Individual
Desde: ____/____/____			
Hasta: ____/____/____			

Operación del seguro	Naturaleza del riesgo a asegurar
Número, edad y sexo de las personas integrantes del Grupo Asegurable	
* En caso de ser necesario, favor de desglosar dicha información en documentos adjuntos a esta solicitud	

Características particulares o especiales del Grupo Asegurable
Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, occasionado en forma

directa por la actividad que éstos realicen

Mediante este seguro, ¿se busca garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?	Dividendos
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

Descripción de la prestación u obligación a garantizar

Otorgo mi consentimiento para recibir la documentación contractual del contrato de seguro, en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en este documento:
 Sí _____ No _____

Firmado en:	Firma del Contratante

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

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

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales de la Póliza, 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, o bien, 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: une@cardif.com.mx Página Web: www.cardif.com.mx	Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999 Correo: asesoria@condusef.gob.mx Página Web: www.condusef.gob.mx

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de abril de 2024, con el número CNSF-S0104-0311-2019/CONDUSEF-003896-05 del RECAS. Modificado con RESP-S0104-0014-2021 de fecha 07 de abril de 2021".

Aviso de Privacidad

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., (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 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 completo, ingresando a www.cardif.com.mx

CUESTIONARIO DETALLADO DE SALUD
SEGURO DE VIDA CRÉDITO

Datos generales del Asegurado			
Nombre completo		Acreditado	Coacreditado
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar y Fecha de Nacimiento			
Estatura _____ mts. Peso _____ kgs. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Reside permanentemente en México <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado			
Complete si está empleado:			
Puesto de Trabajo		Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario sobre la salud del Asegurado

Contestar marcando la opción "SI" o "NO", según corresponda. En caso de contestar "SI" a una o más preguntas, deberá ampliar la respuesta en el espacio que se encuentra al final del cuestionario identificando la respuesta con el número de la pregunta, explicando ampliamente la razón de su respuesta, incluyendo las fechas que correspondan:

	Si	No
1. ¿Consumе algún tipo de drogas, psicotrópicos, alucinógenos, estimulantes o anabólicos?		
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades en vías respiratorias o pulmones? (Asma, bronquitis crónica, tuberculosis, cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica)		
3. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema músculo esquelético? (Osteoporosis, artritis, fatiga o dolor muscular anormal)		
4. ¿Sufre o ha sufrido ataques epilépticos o parálisis en alguna de las extremidades o cara?		
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la Sangre o de tipo Autoinmunes? (Leucemia, Púrpura trombocitopénica, VIH, sida, lupus)		
6. ¿Padece o ha padecido de problemas vasculares? (Trombosis, embolia, aneurisma)		
7. ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas, tiene pendiente alguna a realizarse, de qué tipo?		
8. ¿Tiene o ha tenido alguna anomalía, alteración o defecto visual o auditivo? (Excepto miopía y astigmatismo)		
9. ¿Por su ocupación está expuesto a factores de riesgo? (Sustancias químicas, material)		

tóxico o radioactivo, uso de armas de fuego y explosivos, riesgo por altura y presión o factores de riesgo		
--	--	--

En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de las preguntas, explique ampliamente identificando la respuesta con el número de la pregunta: (Indique el nombre de la institución de salud y del médico tratante y sus datos de contacto)

Declaración de Ocupación y Pasatiempos

A. Datos de su empleo.

Enumere cualesquier que sean los aspectos de su trabajo que se puedan considerar de riesgo o peligrosos para su vida o bienestar:

B. Información sobre Pasatiempos / Hobbies / Actividades de Ocio.

	Si	No
1. ¿Participa usted en actividades de aviación como piloto o co-piloto en cualquier forma de aviación privada?		
2. ¿Participa usted en cualquier tipo de deportes extremos (por ejemplo: escalar montañas, buceo, deportes motorizados, parapente, ala delta, lucha, boxeo, equitación, paracaísmo)?		
3. ¿Participa usted como pasajero en cualquier forma de aviación privada?		
4. ¿Participa usted en cualquier deporte profesional o cualquier deporte de contacto (profesional o amateur)?		
5. ¿Participa usted en actividades que se puedan considerar de riesgo o peligro para su vida o bienestar?		

En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de las preguntas, explique ampliamente identificando la respuesta con el número de la pregunta:

Declaración sobre Exposición a COVID-19 (Coronavirus)

Por favor responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible:

1. ¿Usted está, o ha estado en alguna de las siguientes situaciones referentes al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor detalle con fechas.

a) ¿En contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado con el nuevo coronavirus?

Sí No

b) ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus?

Sí No

c) ¿Ha resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus?

Sí No

2. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas dentro de los últimos 14 días?

- Fiebre de cualquier tipo
- Tos
- Dificultad para respirar
- Malestar general (cansancio gripal)
- Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal)
- Dolor de garganta
- Síntomas gastrointestinales como nausea, vómito y/o diarrea
- Dolor de cabeza

En caso afirmativo para alguno de éstos supuestos, indique cuál y detalle la información

3. Declaración de Viaje

a) Por favor indique su patrón de viajes de los últimos 14 días:

País	Ciudad	Fecha de Arribo	Fecha de Salida

b) Por favor indique sus planes de viajes futuros en los próximos 30 días:

País	Ciudad	Fecha de Arribo	Fecha de Salida

4. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?

Sí No

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere éste cuestionario tal como los conozca o debe conocer en el momento de firmarlo en la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficio en su caso.

Firma del Solicitante	Fecha

"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 26 de abril de 2024, con el número CNSF-S0104-0311-2019/CONDUSEF-003896-05 del RECAS*. Modificado con RESP-S0104-004-2021 de fecha 07 de abril de 2021".

*Registro de Contratos de Adhesión de Seguros

Aviso de Privacidad

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., (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 a la persona que requisiere 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 completo, ingresando a www.cardif.com.mx