

# HIPOTECARIO

# SEGURO DE VIDA

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro **CNSF-S0104-0383-2021/CONDUSEF-005515-02** 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 .....   | 9  |
| 2.1   | FALLECIMIENTO .....  | 9  |
| 2.1.1 | Descripción de la Cobertura .....                              | 9  |
| 2.1.2 | Exclusiones .....  | 10 |
| 2.1.3 | Documentos para comprobar el Fallecimiento del Asegurado ..... | 10 |
| 3.    | COBERTURAS ADICIONALES.....                                    | 11 |
| 3.1   | INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE .....                             | 11 |
| 3.1.1 | Descripción de la cobertura.....                               | 11 |
| 3.1.2 | Exclusiones .....  | 12 |
| 3.1.3 | Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.....   | 13 |
| 3.1.4 | Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente..... | 13 |
| 3.2   | DESEMPLEO INVOLUNTARIO .....                                   | 13 |
| 3.2.1 | Descripción de la cobertura.....                               | 13 |
| 3.2.2 | Consideraciones .....  | 14 |
| 3.2.3 | Exclusiones .....  | 14 |
| 3.2.4 | Documentos para la comprobación.....                           | 15 |
| 3.3   | DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.....                  | 15 |
| 3.3.1 | Descripción de la cobertura.....                               | 16 |
| 3.3.2 | Consideraciones .....  | 16 |
| 3.3.3 | Exclusiones .....  | 16 |
| 3.3.4 | Documentos para la comprobación.....                           | 17 |
| 4.    | CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.....     | 18 |
| 4.1   | Edad de Aceptación .....                                       | 18 |
| 4.2   | Vigencia del Contrato .....                                    | 19 |
| 4.3   | Terminación y/o Cancelación del Contrato de Seguro .....       | 19 |
| 4.4   | Rectificación y Modificaciones.....                            | 19 |
| 4.5   | Disputabilidad.....  | 20 |
| 4.6   | Comunicaciones.....  | 20 |
| 4.7   | Beneficiarios.....   | 20 |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| 4.8  | Prima.....  | 21        |
| 4.9  | Periodo de Gracia .....                             | 21        |
| 4.10   | Moneda.....   | 21        |
| 4.11   | Indemnización por Mora.....                         | 21        |
| 4.12   | Competencia.....                                    | 23        |
| 4.13   | Prescripción.....                                   | 23        |
| 4.14   | Omisión e Inexactas Declaraciones.....              | 24        |
| 4.15   | Ausencia de Restricciones .....                     | 24        |
| 4.16   | Residencia .....                                    | 25        |
| 4.17   | Límite Territorial.....                             | 25        |
| 4.18   | Comisión o Compensación Directa .....               | 25        |
| 4.19   | Cesión.....   | 25        |
| 4.20   | Régimen Fiscal.....                                 | 25        |
| 4.21   | Aviso de Ocurrencia del Evento.....                 | 25        |
| 4.22   | Comprobación del Siniestro .....                    | 25        |
| 4.23   | Renovación.....                                     | 25        |
| 4.24   | Pago de la Suma Asegurada.....                      | 25        |
| 4.25   | Obligaciones del Contratante .....                  | 26        |
| 4.26   | Registro de Asegurados.....                         | 26        |
| 4.27   | Expediente .....                                    | 26        |
| 4.28   | Administración y Acceso a la Información .....      | 26        |
| 4.29   | Altas al Grupo Asegurado.....                       | 27        |
| 4.30   | Bajas del Grupo Asegurado.....                      | 27        |
| 4.31   | Terminación Anticipada del Contrato de Seguro ..... | 27        |
| 4.32   | Agravación del Riesgo .....                         | 27        |
| 4.33   | Uso de Medios Electrónicos .....                    | 29        |
| 4.34   | Entrega de Documentación Contractual.....           | 31        |
| 4.35   | Datos Personales .....                              | 32        |
| 4.36   | Referencia de Leyes. ....                           | 32        |
| <b>AVISO DE PRIVACIDAD PARA CLIENTES .....</b> |   | <b>32</b> |

## HIPOTECARIO SEGURO DE VIDA

**CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V.** en adelante la Compañía, emite la presente Póliza sobre la persona del Asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la Póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular:

### 1. DEFINICIONES

**Accidente:** Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevista, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado y en su caso la muerte del mismo. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

**Acreditado:** Persona física que tiene celebrado un contrato de Crédito Hipotecario con el Contratante, bajo los términos y condiciones establecidos en el citado Contrato de Crédito Hipotecario.

**Asegurado:** Persona física que se encuentra cubierta por los riesgos contratados y amparados en estas condiciones generales conforme a lo indicado en cada cobertura. Para efectos de este Contrato de Seguro, podrán ser considerados Asegurados el Asegurado Acreditado y/o el Asegurado Co-Acreditado, este último en caso de existir y siempre y cuando haya otorgado su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado y cumpla con el llenado del "Cuestionario detallado de salud individual", así como con los demás requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía, en cuyo caso, deberá aparecer con tal carácter en el Certificado Individual. Adicionalmente y solo en el caso que no exista un Asegurado Coacreditado quedará cubierto el Garante Hipotecario, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento y cumpla con el llenado del "Cuestionario detallado de salud individual", así como con los demás requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado.

**Asegurado Acreditado:** Acreditado que ha otorgado su consentimiento respecto a las

coberturas de este Contrato de Seguro y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía quien ha otorgado su aceptación para asegurarlo, cuyo nombre aparece en el Certificado Individual, quedando cubierto única y exclusivamente por las coberturas que se especifiquen como amparadas en el citado Certificado Individual.

**Asegurado Coacreditado:** Coacreditado que ha otorgado su consentimiento respecto a las coberturas de este Contrato de Seguro y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía quien ha otorgado su aceptación para asegurarlo, cuyo nombre aparece en el Certificado Individual, quedando cubierto única y exclusivamente por las coberturas que se especifiquen como amparadas en el citado Certificado Individual.

**Auto-empleado:** Persona física que ejerce el libre ejercicio de la profesión o con actividades empresariales, profesionistas independientes o personas con actividad independiente, que por su giro no son susceptibles del beneficio de la cobertura por Desempleo Involuntario, por no estar empleados bajo contrato laboral subordinado de acuerdo con lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.

**Beneficiario:** Persona física o moral indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro conforme a lo siguiente:

- a) Respecto del Saldo Insoluto, para efectos de las coberturas de este Contrato de Seguro, será el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito



Hipotecario que ha otorgado a favor del Asegurado.

- b) Si la Suma Asegurada fuera una cantidad fija, será el Contratante respecto del Saldo Insoluto como titular del derecho a la indemnización respectiva derivada del Crédito Hipotecario que ha otorgado a favor del Asegurado y únicamente en caso de que existiere alguna cantidad remanente una vez pagado el Saldo Insoluto, será el Asegurado Acreditado o el Asegurado Coacreditado respectivamente. En caso que fallezcan al mismo tiempo lo será el Beneficiario Predeterminado.
- c) Respecto de la (s) Mensualidad (es) del Crédito, será el Contratante, como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Contrato de Crédito Hipotecario que ha otorgado a favor del Asegurado.

El Contratante tendrá la calidad de Beneficiario preferente e irrevocable, respecto al pago del Saldo Insoluto o las Mensualidades del Crédito, conforme a lo indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

**Beneficiario Predeterminado:** Se determina como Beneficiario Predeterminado las siguientes personas con el siguiente orden: el cónyuge o concubino (a) del Asegurado Acreditado legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, serán el (los) hijo (s) mayor (es) de edad del Asegurado Acreditado por partes iguales y en ausencia de éste (os) los padres del Asegurado Acreditado por partes iguales. En ausencia de los anteriores, el importe de la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado Acreditado.

**Beneficio:** Indemnización a la que tiene derecho el (los) Beneficiario (s) en caso de ser procedente el Sinistro, de acuerdo a lo estipulado en el presente Contrato de Seguro.

**Carátula de Póliza:** Documento que contiene la información y datos correspondientes a: (i) el Contratante, (ii) la Prima, (iii) la Vigencia del Contrato de Seguro; (iv) los límites aplicables a cada una de las coberturas, y (v) cualquier otra

información referente a los términos bajo los cuales debe operar el Contrato de Seguro.

**Certificado Individual:** Documento expedido y firmado por la Compañía, a cada uno de los Asegurados y mediante el cual se hace constar las coberturas contratadas, la Vigencia y demás datos que detallan las características de los riesgos cubiertos respecto de cada Asegurado. Para efectos de las presentes Condiciones Generales, el Certificado Individual incluirá además en el mismo documento el consentimiento del Asegurado para formar parte del Grupo Asegurado, por lo que deberá ser firmado tanto por el funcionario autorizado por la Compañía, como por el propio Asegurado.

**Coacreditado:** Persona física que, adicionalmente al Acreditado, participa en el pago del Crédito otorgado a favor del Acreditado. La participación del Coacreditado en el pago del Crédito Hipotecario podrá ser de forma solidaria o de forma mancomunada, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en el contrato de Crédito Hipotecario correspondiente.

**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.

**Contratante:** Persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago del Crédito Hipotecario que ha otorgado a favor del Acreditado. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo). En caso de ser una persona moral, también deberá proporcionar la información necesaria y suficiente y generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.

**Crédito Hipotecario:** Para efectos del Contrato de Seguro, se refiere al préstamo para la compra de un

bien inmueble, que el Acreditado y en su caso, el Coacreditado, ha(n) recibido del Contratante, quien será el Beneficiario preferente e irrevocable de este seguro, hasta por el Saldo Insoluto adeudado incluyendo impuestos o en su caso, el pago de Mensualidades del Crédito; a la ocurrencia de alguno de los riesgos, que afecten las coberturas descritas en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

**Desempleo Involuntario:** Terminación de la relación laboral, por causas ajenas a la voluntad del Asegurado Acreditado y sin responsabilidad alguna de éste, perdiendo dicha fuente de ingreso como contraprestación por un trabajo personal subordinado.

En caso que el Asegurado Acreditado cuente con un contrato por tiempo determinado, sólo se podrá considerar como Desempleo Involuntario la terminación de la relación laboral cuando ésta se dé con por lo menos 1 (un) mes de anticipación al plazo por el cual haya sido contratado inicialmente.

**Diagnóstico:** Dictamen sobre el Padecimiento o condición del Asegurado, ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual que efectúa un Médico, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad, apoyándose para ello en elementos como: evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

**Emergencia Médica:** Situación crítica de peligro para la vida de una persona que amerita una evaluación, atención y manejo médico inmediato por representar un riesgo.

**Empleado Formal:** Persona física que se encuentra empleado bajo un contrato laboral por tiempo indeterminado o determinado, prestando a otra persona física o moral, que cuente con Registro Federal de Contribuyentes, un trabajo personal subordinado de acuerdo con lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.

No se cubren a las personas físicas con contrato laboral por obra, proyecto, temporales o por temporada, sujeto a prueba o capacitación inicial o por tiempo determinado, éste último caso, siempre que se dé conforme a la fecha de su contrato o dentro del último mes conforme a su contrato laboral.

**Endoso:** Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

**Enfermedad:** Alteración del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa que por lo general requiere de tratamiento médico y/o quirúrgico y que se encuentre(n) amparada(s) mediante esta Póliza.

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

**Evento:** Consiste en la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual durante el periodo de Vigencia. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

**Garante Hipotecario:** Para efectos de este Contrato de Seguro, será el cónyuge del Acreditado bajo el régimen de sociedad conyugal, que también es propietario del inmueble que es otorgado en garantía hipotecaria a favor del Contratante.

**Grupo Asegurado:** Personas físicas designadas por el Contratante, que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro y que otorguen su Consentimiento para formar parte de este.

**Hospital, Clínica o Sanatorio:** Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas con personal Médico y de enfermería autorizados por la Secretaría de Salud para ejercer. Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termas, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

**Incapacidad Total Temporal:** Inhabilitación total que sufre el Asegurado Acreditado que tiene la calidad de Auto-empleado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, provocando dicha inhabilitación la pérdida del empleo del Asegurado Acreditado imposibilitándolo temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre internado en un Hospital o recluso permanentemente en su domicilio, por prescripción de un Médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

**Institución de Seguridad Social:** Se refiere al: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM); y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos facultado para proveer servicios de salud.

**Ley:** Ley sobre el Contrato de Seguro.

**Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina y que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

**Mensualidad del Crédito:** Pago periódico que cubre el Crédito Hipotecario, que incluye el costo mensual de los seguros deudores asociados con el Crédito Hipotecario, otorgado al Asegurado Acreditado por el Contratante de la Póliza.

**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 de la Mensualidad del Crédito y consecuentemente no se encuentran cubiertos de forma alguna bajo el presente Contrato de Seguro.**

**Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente:** Aquel Padecimiento y/o Enfermedad del Asegurado que con anterioridad a la Vigencia la Póliza y/o Certificado Individual:

- Se haya declarado su existencia.
- 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.

Única y exclusivamente respecto de las coberturas de **Invalidez Total y Permanente o Desempleo por Incapacidad Total Temporal** deberá entenderse:

- Aquel Padecimiento y/o Enfermedad del Asegurado que con anterioridad a la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un Médico y/o Médico especialista, de que el Padecimiento de que se trate pudiera llegar a derivar en una **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**; y/o
- Aquel Padecimiento y/o Enfermedad del Asegurado que con anterioridad a la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, hayan originado una, o haya sido diagnosticado como, **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**;

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 Preexistente 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 Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un Médico especialista que elija dentro de los previamente propuestos por la Compañía para un arbitraje privado. La Compañía acepta que, si el Asegurado acude a esta instancia, 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 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.

**Periodo de Carencia:** Lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de la Vigencia del Certificado Individual durante el cual el Contratante paga las Primas correspondientes, pero el Beneficiario no recibe el (los) Beneficio(s) respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro. Es decir, si llegara a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Periodo de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente.

Este periodo deberá cumplirse cada vez que se inicie cobertura, entendiéndose como tal a la contratación de la Póliza y/o a la fecha de inicio de la Vigencia del Certificado Individual y que no sea renovación inmediata y continua de una Póliza anterior.

El Periodo de Carencia, en caso de aplicar, será el establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

**Periodo de Espera:** Plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el Evento, durante el cual el Asegurado debe mantenerse en estado de **Desempleo Involuntario** o en estado de **Incapacidad Total Temporal** o en estado de **Invalidez Total y Permanente**, según corresponda, para que, en caso de persistir el Desempleo Involuntario o la Incapacidad Total Temporal o la de Invalidez Total y Permanente, según corresponda, proceda el pago de la cobertura respectiva, en caso de ser procedente y bajo los términos estipulados en el presente Contrato de Seguro. El Periodo de Espera en caso de aplicar, será el establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual sin que pueda exceder de 90 (noventa) días naturales.

**Periodo de Gracia:** Plazo que la Compañía le otorga al Contratante para cubrir el monto de la Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente. El Periodo de Gracia será el establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual sin que pueda exceder de 90 (noventa) días naturales.

**Póliza y/o Contrato de Seguro:** Documento donde se establecen los términos, condiciones y exclusiones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo: estas condiciones generales, la Carátula de 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 y/o ejercicio continuado, por el que se reciba cualquier tipo de retribución económica. No se considerará como práctica profesional a las actividades de recreación o practicadas de forma amateur o hobby.

**Prima:** Cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la Carátula de Póliza) a la Compañía en la forma y términos convenidos en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, 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 o cualquier otro gasto o impuesto aplicable.

**RECAS:** Registro de Contratos de Adhesión de Seguros.

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

**Saldo Insoluto:** Monto adeudado por el Acreditado que tenga con el Contratante y que corresponde al monto que resulte de lo estipulado en contrato de Crédito Hipotecario pactado al momento de ocurrir el Siniestro.

**Queda entendido que los intereses moratorios, saldos vencidos, comisiones, cuotas, así como cualquier otro cargo adicional, no se encuentran**

**comprendidos dentro del Saldo Insoluto y consecuentemente no se encuentran cubiertos de forma alguna bajo el presente Contrato de Seguro.**

**Siniestro:** Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización, siempre y cuando se encuentre expresamente amparada bajo los términos y condiciones del presente documento.

**Suma Asegurada:** Cantidad máxima indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, en cada cobertura, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente el Siniestro.

**Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos de**

**Asegurabilidad:** Límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro, el cual será estipulado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos de Asegurabilidad, la Compañía podrá solicitar la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro requisito que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

**Vigencia del Certificado Individual:** Período indicado en el Certificado Individual respectivo, durante el cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

**Vigencia de la Póliza:** Período indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, durante el cual el Grupo Asegurado queda cubierto bajo la Póliza contratada.

## 2. COBERTURA BÁSICA

### 2.1 FALLECIMIENTO

#### 2.1.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento de un Asegurado durante la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario preferente e irrevocable el Saldo Insoluto del Crédito Hipotecario a la fecha del Siniestro, de acuerdo con lo

contratado y especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Si la Suma Asegurada excede del importe pagado al Beneficiario preferente e irrevocable, el remanente será pagado al Asegurado Acreditado o

al Asegurado Coacreditado o al Garante Hipotecario en caso de no existir el Asegurado Coacreditado según corresponda. En caso que fallezcan al mismo tiempo se le pagará al Beneficiario Predeterminado.

Únicamente será cubierto por la presente cobertura el primer fallecimiento, ya sea del Asegurado Acreditado o del Asegurado Coacreditado o del Garante Hipotecario en caso de no existir el Asegurado Coacreditado. En caso de que fallezcan en un mismo Evento, se asumirá que ocurrió primero el fallecimiento del Asegurado Acreditado.

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

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro.

### **2.1.2 Exclusiones**

**Para la cobertura básica por Fallecimiento del Asegurado, aplicará la siguiente exclusión, la cual se hará constar en la Carátula de Póliza y Certificado Individual:**

#### **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 inicio de la Vigencia del Certificado Individual, sin importar el estado mental del Asegurado. Si el suicidio ocurre antes del periodo establecido en el Certificado Individual,**

**la Compañía solamente devolverá la Prima de tarifa no devengada y pagada a la fecha que ocurra el fallecimiento, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la Prima de tarifa.**

### **2.1.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento del Asegurado**

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 del Asegurado;
3. Copia simple 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. Ultimo estado de cuenta del Crédito Hipotecario, el cual deberá estar al corriente de pago en la fecha en que ocurra el Evento;
6. Copia certificada del acta de nacimiento, del (los) Beneficiario(s)
7. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado (si la tuviere) y del (los) Beneficiario(s), preferentemente la emitida por el INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país emitido por el Instituto Nacional de Migración;
8. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del (los) Beneficiario(s), con una antigüedad no mayor de 3 (tres) meses;
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. COBERTURAS ADICIONALES

#### 3.1 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Esta cobertura opera cuando se contrate y se especifique expresamente como amparada en la Carátula de 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 y/o Certificado Individual derivada de un Accidente y/o Enfermedad, según lo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, y permanezca de forma continua en ese estado durante un período que exceda el Período de Espera, que impida al Asegurado desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con sus conocimientos, aptitudes o posición social que le permita continuar con el pago del Crédito Hipotecario 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 de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano o conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad, según lo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, en estos casos no será necesario que transcurra el Período de Espera indicado.

Se entenderá por:

**Pérdida de una mano:** Su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.

**Pérdida de un pie:** Su anquilosamiento o separación completa del tobillo o arriba de ella.

**Pérdida de la vista de un ojo:** La pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.

**Anquilosis:** Fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

##### 3.1.1 Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente, o Accidente y/o Enfermedad, según aparezca contratado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual durante la Vigencia ahí establecida, la Compañía pagará al Beneficiario preferente e irrevocable el monto de Saldo Insoluto del Crédito Hipotecario a la fecha de la realización del Evento y una vez que haya transcurrido el Período de Espera, el cual comenzará a ser contado a partir de la emisión del Diagnóstico de Invalidez Total y Permanente.

Queda entendido que el dictamen no podrá ser emitido por un Médico que sea familiar del Asegurado.

Si la Suma Asegurada excede del importe pagado al Beneficiario preferente e irrevocable, el remanente se pagará al Asegurado.

Únicamente será cubierto por la presente cobertura la primera declaración de Invalidez Total y Permanente, ya sea del Asegurado Acreditado o del Asegurado Coacreditado o del Garante Hipotecario en caso de no existir el Asegurado Coacreditado. En caso de ocurrencia de un Evento al mismo tiempo a los Asegurados, se asumirá que ocurrió primero el del Asegurado Acreditado.

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

En caso de que el Asegurado a causa de la Invalidez Total y Permanente, quede médicamente imposibilitado para realizar el trámite

correspondiente para la reclamación del Siniestro, lo cual deberá comprobarse fehacientemente, con el objeto de llevar a cabo dicha reclamación, se determina como persona autorizada al Beneficiario Predeterminado.

Con el pago de la indemnización por esta cobertura, quedarán canceladas las demás coberturas contratadas bajo el presente Contrato de Seguro.

### **3.1.2 Exclusiones**

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

- a) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes en los términos definidos;**
- b) Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de la Vigencia 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 inicio de la Vigencia 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 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 (con un nivel de alcoholemia mayor a 0.4 miligramos de etanol por litro de sangre [ml/l]), 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.**

### **3.1.3 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente**

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o por un Hospital, Clínica o Sanatorio, en caso de no contar con el beneficio de ninguna Institución de Seguridad Social, dicho dictamen puede ser emitido por un Médico con cédula de especialidad en medicina del trabajo (en el entendido de que el Médico que emite el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado), que cuente con la facultad de declarar la Invalidez Total y Permanente, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, dichos documentos serán evaluados por un Médico especialista, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro.

Para tener derecho a la Suma Asegurada señalada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado deberá presentar a la Compañía estudios clínicos como prueba fehaciente de dicho

estado y someterse, en su caso, a las evaluaciones que ésta solicite.

### **3.1.4 Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente**

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado 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 por un Hospital, Clínica o Sanatorio o por un Médico con cédula de especialidad en medicina del trabajo (en el entendido de que el Médico que emite el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado), 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 o copia del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
4. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente la emitida por el INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país emitida por el Instituto Nacional de Migración;
5. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado, con una antigüedad no mayor a 3(tres) meses.
6. Último estado de cuenta del Crédito Hipotecario, el cual deberá estar al corriente de pago en la fecha en que ocurra el Evento.

## **3.2 DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

Esta cobertura opera cuando se contrate y se especifique expresamente como amparada en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual.

### **3.2.1 Descripción de la cobertura**

Una vez transcurrido el Período de Carencia, en caso de que el Asegurado Acreditado haya sido despedido de su empleo y consecuentemente se encuentre en estado de Desempleo Involuntario, y

permanezca así por un período que exceda el Período de Espera, encontrándose imposibilitado para pagar la Mensualidad del Crédito Hipotecario, la Compañía pagará al Beneficiario preferente e irrevocable el monto de las Mensualidades del

Crédito pactada entre el Asegurado Acreditado y el Contratante en el contrato del Crédito Hipotecario. El número de Mensualidades del Crédito que pagará la Compañía al Beneficiario, será el indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura solo aplicará para el Asegurado que tenga el carácter de Acreditado conforme al contrato de Crédito Hipotecario.

### **3.2.2 Consideraciones**

- a) Cobertura aplicable únicamente para Asegurados Acreditados con carácter de Empleados Formales.**
- b) El Asegurado Acreditado deberá acreditar, tanto para el primer Evento como, en caso de aplicar, Eventos posteriores, una relación laboral con una antigüedad equivalente al número de meses indicados en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, dicho plazo deberá ser anterior a la fecha del Siniestro (Antigüedad Laboral). Para el caso de que el Asegurado Acreditado cuente con carácter de Empleado Formal con contrato por tiempo determinado, su Antigüedad Laboral será tomada conforme a las semanas de cotización ante el Instituto de Seguridad Social correspondiente, siempre que sean con la misma empresa (patrón).**
- c) Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado Acreditado de acuerdo al número de Eventos especificados en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual durante su Vigencia. Adicionalmente y para tener derecho al pago de la indemnización por Eventos**

**posteriores, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual entre el pago de la indemnización por un Evento y la ocurrencia de otro.**

- d) Las coberturas de Desempleo Involuntario y Desempleo por Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.**

### **3.2.3 Exclusiones**

**El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:**

- a) Si el Asegurado Acreditado renuncia voluntariamente a su empleo;**
- b) Desempleo Involuntario del Asegurado Acreditado que se inicie dentro del Período de Carencia;**
- c) Retiro por jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada;**
- d) Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento;**
- e) Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, motín, o catástrofe nuclear;**
- f) Rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a que se refiere el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo;**
- g) Por la participación del Asegurado Acreditado en cualquier disputa o controversia con el empleador durante la cual no esté recibiendo salario o se reduzca el mismo, pero que no implique la terminación de la relación laboral, así como su participación en cualquier etapa del proceso de huelga, (incluyendo el paro), en este último caso se aplicará**

**la Exclusión por todo el tiempo que dure la huelga y cuando la misma sea calificada como ilícita o declarada inexistente en los términos de la Ley Federal del Trabajo;**

- h) Derivado de programas anunciados por el empleador del Asegurado Acreditado previo a la fecha de inicio de la Vigencia de esta cobertura, para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o en general incluyan la descripción de las actividades laborales desempeñadas por el Asegurado.**
- i) Desempleo derivado de la terminación de contrato laboral por obra, proyecto, temporales o por temporada, sujeto a prueba o capacitación inicial o por tiempo determinado, éste último caso, siempre que se dé conforme a la fecha de su contrato o dentro del último mes conforme a su contrato laboral.**

### **3.2.4 Documentos para la comprobación**

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 (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente la emitida por el INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país emitida por el Instituto Nacional de Migración;

- 3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- 4. Copia u Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
- 5. A efecto de acreditar la relación laboral, y la antigüedad laboral, el Asegurado Acreditado deberá proporcionar, alguno de los siguientes documentos: (i) copia de contrato laboral por tiempo indeterminado; (ii) original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral (sellada y firmada); (iii) en caso de Empleados Formales con contrato por tiempo determinado, copia del contrato laboral donde se especifique claramente la fecha de inicio y fin del contrato.
- 6. Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original o copia de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de liquidación; (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización por despido injustificado, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (iii) original de carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (iv) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente; para el caso de Empleados Formales con contrato por tiempo determinado, deberá entregar al menos dos de los documentos antes mencionados;
- 7. Último estado de cuenta del Crédito Hipotecario, el cual deberá estar al corriente de pago en la fecha en que ocurra el Evento;
- 8. Una vez comprobado el estado de Desempleo Involuntario del Asegurado Acreditado, para el pago de las siguientes mensualidades, el Asegurado Acreditado deberá acreditar a la Compañía, continuar desempleado, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en Instituto de Seguridad Social alguno.

### **3.3 DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

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

### **3.3.1 Descripción de la cobertura**

Una vez transcurrido el Período de Carencia, en caso de que el Asegurado Acreditado, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad, según lo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, sufra una inhabilitación total y a consecuencia de esta, la pérdida de empleo imposibilitándolo temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, y que permanezca así por un período que exceda el Período de Espera, encontrándose imposibilitado para pagar la Mensualidad del Crédito Hipotecario, la Compañía pagará al Beneficiario preferente e irrevocable la Mensualidad del Crédito Hipotecario pactada entre el Acreditado y el Contratante en el contrato del Crédito Hipotecario. El número de Mensualidades del Crédito que pagará la Compañía al Beneficiario preferente e irrevocable, será el indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

En el caso de que la imposibilidad de seguir ejerciendo su actividad sea a consecuencia de un Accidente o Emergencia Médica, sin importar el supuesto para el pago de la Indemnización que se indique en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, no aplicará el Período de Carencia ni el Período de Espera, por lo cual, el pago se realizará una vez que el Asegurado Acreditado compruebe la Incapacidad Total Temporal conforme a lo establecido en el presente Contrato de Seguro.

Esta cobertura solo aplicará para el Asegurado que tenga el carácter de Acreditado conforme al contrato de Crédito Hipotecario.

### **3.3.2 Consideraciones**

- a) Cobertura aplicable únicamente para Asegurados Acreditados con carácter de Auto-empleados, no quedan cubiertos aquellos Asegurados Acreditados que simultáneamente tengan carácter de Empleados Formales.**
- b) Esta cobertura sólo podrá ser utilizada por el Asegurado Acreditado de acuerdo al número de Eventos especificados en la Carátula**

**de Póliza y/o Certificado Individual durante su Vigencia. Adicionalmente y para tener derecho al pago de la indemnización por Eventos posteriores, deberá transcurrir el lapso de tiempo especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual entre el pago de la indemnización por un Evento y la ocurrencia de otro.**

- c) Las coberturas de Desempleo Involuntario y Desempleo por Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.**
- d) No son procedentes los pagos que no sean cubiertos oportunamente por el Asegurado Acreditado, conocido como Saldo Insoluto vencido, y los intereses moratorios y recargo que estos produzcan.**
- e) No son procedentes los castigos y penas convencionales por cancelación anticipada.**

### **3.3.3 Exclusiones**

**El pago de esta cobertura no procederá si la pérdida de empleo se deriva de una Incapacidad Total Temporal a consecuencia directa de lo siguiente:**

- a) Lesión corporal auto-infligida intencionalmente por el propio Asegurado Acreditado, estando o no en uso de sus facultades mentales, 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 Acreditado;**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea esta declarada o no),**

- maniobras o entrenamientos militares, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos, movimientos populares o artes marciales; o en la participación directa del Asegurado Acreditado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional;
- c) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada a voluntad del Asegurado Acreditado, o elegidas voluntariamente por este, a menos que estas hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado Acreditado;
  - d) Lesiones sufridas por el Asegurado Acreditado derivadas de su participación en actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo o cualquier tipo de deporte aéreo, bajo el agua o extremo, así como cualquier deporte que requiera máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal y, en general, en la Práctica Profesional de Cualquier Deporte;
  - e) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares;
  - f) El contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear;
  - g) Lesiones sufridas por el Asegurado Acreditado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado Acreditado sea el provocador;
  - h) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes;
  - i) Padecimientos derivados de intento de suicidio;
  - j) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado Acreditado, encontrándose este bajo los efectos del alcohol (con un nivel de alcoholemia mayor a 0.4 miligramos de etanol por litro de sangre [mg/L]), drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;
  - k) Lesiones sufridas por el Asegurado Acreditado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;
  - l) Accidentes de la navegación aérea o marítima, salvo cuando el Asegurado Acreditado viaje como pasajero en aeronaves, barcos o cruceros que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;
  - m) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

### 3.3.4 Documentos para la comprobación

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 (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado Acreditado, preferentemente la



emitida por el INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país emitida por el Instituto Nacional de Migración;

3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado Acreditado, con una antigüedad no mayor a 3 meses;
4. Copia u original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
5. Original de informe médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal en el cual se indique el período de incapacidad estimado por el Instituto de Seguridad Social (sólo en caso

de régimen voluntario), o el Hospital, Clínica o Sanatorio por un Médico tratante (en el entendido de que el Médico que emite el informe Médico no podrá ser familiar del Asegurado Acreditado);

6. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal;
7. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la incapacidad haya sido a causa de lesiones infringidas por un tercero;
8. Estado de cuenta del Crédito Hipotecario, el cual deberá estar al corriente de pago de su Crédito Hipotecario en la fecha en que ocurra el Evento.

## 4. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

### 4.1 Edad de Aceptación

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

La edad mínima de aceptación, la edad máxima de aceptación y la edad de permanencia, son las que se indican en la Carátula de 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 la Póliza y/o el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real en la fecha de inicio de la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso la Compañía lo comunicará por escrito al Contratante y/o Asegurado, quedando obligada la Compañía únicamente a la devolución de la Prima de tarifa no devengada y pagada a la fecha de rescisión, menos el costo de adquisición y de administración incluidos en la Prima de tarifa, realizando dicha devolución dentro de los diez días hábiles

posteriores a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el Asegurado.

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:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, 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 inicio de la Vigencia del Certificado Individual.
- b. En caso que, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía ya hubiera pagado el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a reclamar al Asegurado lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. 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 reembolsar la diferencia entre la reserva existente la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la fecha de inicio de la Vigencia del Certificado Individual. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado; y

- d. Si con posterioridad al fallecimiento 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 ésta cláusula, se aplicarán las tarifas aplicables a la fecha de inicio de la Vigencia del Certificado Individual.

Si en la fecha de inicio de la Vigencia 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.

#### **4.2 Vigencia del Contrato**

Este Contrato de Seguro iniciará su Vigencia a partir de las 12:00 horas de la Ciudad de México en la fecha de inicio de la Vigencia especificada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual y terminará su Vigencia a las 12:00 horas de la Ciudad de México en la fecha de fin de la Vigencia estipulada en la mencionada Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato de Seguro.

#### **4.3 Terminación y/o Cancelación del Contrato de Seguro**

Este Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula Periodo de Gracia, si no se ha recibido el pago de la(s) Prima(s) correspondiente(s).
- b. Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior. En este caso, la Compañía tendrá derecho a la Prima que corresponda al periodo durante el cual estuvo en vigor el Contrato de Seguro, devolviendo, en su caso, la Prima de tarifa no devengada y pagada 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.
- c. En la fecha en la que el Asegurado haya liquidado de manera total el Crédito Hipotecario a su cargo conforme al contrato del Crédito Hipotecario respectivo.
- d. Respecto a cada Asegurado, en la fecha en la que, en caso de ser procedente, se pague la Suma Asegurada relacionada con la cobertura por Fallecimiento o por Invalidez Total y Permanente.

#### **4.4 Rectificación y Modificaciones**

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes 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.

Este Contrato de Seguro podrá ser modificado mediante consentimiento previo y por escrito del Contratante y la Compañía y haciéndose constar mediante Endoso en términos de la legislación aplicable.

#### **4.5 Disputabilidad**

El Contrato de Seguro, dentro de los 2(dos) primeros años de su Vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurable, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

#### **4.6 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 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 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.

#### **4.7 Beneficiarios**

El objeto del presente Contrato de Seguro es garantizar al Contratante

- (i) el pago del Saldo Insoluto adeudado por parte de sus Acreditados y, en su caso, Coacreditados.

- (ii) hasta el número de Mensualidades del Crédito Hipotecario que se especifica en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

En caso de que existiere alguna cantidad remanente una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, la cantidad remanente será para el Asegurado Acreditado o el Asegurado Coacreditado o al Garante Hipotecario en caso de no existir el Asegurado Coacreditado según corresponda. En caso que fallezcan al mismo tiempo lo será para el Beneficiario Predeterminado.

En el caso que el Asegurado Acreditado así lo desee, podrá modificar la designación anterior siempre que no exista restricción legal en contrario, pudiendo designar a nuevos beneficiarios en forma clara y precisa mediante notificación por escrito a la Compañía, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. 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 definición de Beneficiario Predeterminado, será sin responsabilidad alguna para ésta.

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

“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.”

#### **4.8 Prima**

La Prima total que deberá pagar el Contratante a la Compañía será la sumatoria de las Primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad al momento de contratar el seguro y la Suma Asegurada.

La Prima vence respecto de cada uno de los Asegurados en la fecha de inicio de la Vigencia del Certificado Individual respectivo. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un Periodo de Gracia conforme a lo que se establece en la cláusula siguiente.

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 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 Periodo de Gracia a que se refiere en la cláusula 4.9 Periodo de Gracia.

#### **4.9 Periodo de Gracia**

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo que se especifica en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual,

el Contratante y/o Asegurado gozará de un Periodo de Gracia el cual será estipulado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual sin que este exceda de 90 (noventa) días naturales. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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 periodo de Vigencia de este Contrato de Seguro y/o del Certificado Individual respectivo. Durante el Periodo de Gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si el Asegurado sufriera durante el transcurso del mismo, un Siniestro pagadero bajo esta Póliza, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las Primas vencidas no pagadas.

#### **4.10 Moneda**

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o por la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

#### **4.11 Indemnización por Mora**

En el 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 cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**Ley. “Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá

exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.

**Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. “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 denomine 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 establecidas en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

- 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 impondrán 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.”*

#### **4.12 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 68 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 dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la 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.

#### **4.13 Prescripción**

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



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. 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.

#### **4.14 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 Coacreditado o en caso de no haber Coacreditado del Garante Hipotecario al Grupo Asegurado está sujeta a la previa evaluación del riesgo propuesto por parte de la Compañía, dichas personas están obligadas a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el "Cuestionario detallado de salud individual", 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 y al Asegurado 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 Coacreditado o en caso de no haber Coacreditado el Garante Hipotecario no contesta una de las cuestiones contenidas en el "Cuestionario detallado de salud individual" y sin embargo la Compañía lo incorpora al Grupo Asegurado. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del Acreditado y Coacreditado o en caso de no haber Coacreditado el Garante Hipotecario, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

#### **4.15 Ausencia 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 Sin Requisitos de Asegurabilidad estipulada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

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.

#### **4.16 Residencia**

Este Seguro se contrata con mexicanos que residan habitualmente en; o con extranjeros con la calidad legal de residentes permanentes y que tengan por lo menos 6 (seis) meses residiendo en los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su nacionalidad.

#### **4.17 Límite Territorial**

Esta Póliza ha sido contratada en territorio nacional, para cubrir riesgos que sean ocurridos en territorio nacional. La limitación territorial se ampliará en los casos en que se contraten coberturas que amparen riesgos ocurridos en el extranjero, de acuerdo con lo indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. No obstante, el lugar de ocurrencia, la reclamación deberá realizarse dentro del territorio nacional y conforme a los tribunales y la legislación de los Estados Unidos Mexicanos; el pago de la Suma Asegurada o indemnización que, en su caso, deba realizar la Compañía, se efectuará en moneda nacional y en territorio nacional.

#### **4.18 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

#### **4.19 Cesión**

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

#### **4.20 Régimen Fiscal**

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se

efectúe el pago de la indemnización a los Beneficiarios.

#### **4.21 Aviso de Ocurrencia del Evento**

Tan pronto como el Contratante 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.

#### **4.22 Comprobación del Siniestro**

El Asegurado, el Beneficiario preferente e irrevocable, según corresponda, deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma. Para lo cual, la Compañía tendrá derecho de solicitar, exclusivamente información relacionada a los hechos relativos al siniestro, para determinar las circunstancias en que se llevaron a cabo y sus consecuencias.

#### **4.23 Renovación**

Una vez transcurrido el periodo de Vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovar el Contrato de Seguro, 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 con 30 días de anticipación a la fecha efectiva de terminación. En caso de renovación, la Prima por cada Asegurado se deberá pagar y encontrarse dentro de los límites de edad establecidos conforme a la Cláusula de Edad de Aceptación. **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.**

#### **4.24 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 correspondiente. 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.

#### **4.25 Obligaciones del Contratante**

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

- a) 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;
- b) Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- c) 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
- d) 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.

#### **4.26 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 seguros de que se trate;
- Número de Certificado Individual; y
- Coberturas amparadas.

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

#### **4.27 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.

#### **4.28 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, así como cualquier requerimiento de alguna autoridad.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro. Lo anterior de

conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

#### **4.29 Altas al Grupo Asegurado**

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 al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 30 (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.

#### **4.30 Bajas del Grupo Asegurado**

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 de tarifa no devengada y pagada a la fecha de terminación del contrato, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la Prima de tarifa 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.

#### **4.31 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro**

El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía quien previa identificación del Contratante, entregará en un plazo no mayor de 48 horas un acuse de recibo, clave de conformación o un número de folio de cancelación. 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 y pagada 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.

#### **4.32 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, o su representante, 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 tratados internacionales 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.

#### **4.33 Uso de Medios Electrónicos**

Por medio de la presente cláusula, se hace constar que el Contratante y/o Asegurado, en su caso, puede hacer uso de los medios electrónicos para realizar las operaciones y servicios abajo señalados.

Para conocer los términos y condiciones para el uso de los medios electrónicos, el usuario debe consultar la siguiente liga [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)

El usuario debe tomar en cuenta que, mediante la aceptación de los términos y condiciones en el portal, ratifica que la Compañía ha puesto a su disposición dicha información.

#### **I. Operaciones y Servicios.**

Las Operaciones que el Contratante y/o Asegurado, en su caso, podrán realizar a través de Medios Electrónicos son:

1. Consulta de oferta y características de seguros (productos) por parte del usuario.
2. Registro de usuarios.
3. Contratación, solicitud, aceptación o emisión de Endosos del Contrato de Seguro.
4. Renovación del Contrato de Seguro.
5. Alta y modificación del medio de notificación al Contratante y/o Asegurado, conforme a los medios previstos en la Cláusula de Entrega de Documentación Contractual.
6. Modificación de Contraseñas o identificadores de usuarios por parte del Contratante y/o Asegurado.
7. Pago de los productos por parte del usuario.
8. Envío de documentación contractual al correo electrónico del usuario.

9. Descarga de documentación contractual por parte del usuario.
10. Modificación de datos personales por parte del usuario.
11. Alta y baja de coberturas, Asegurados o Beneficiario(s) Predeterminado(s).
12. Cancelación del Contrato de Seguro.
13. Otorgar su consentimiento de tratamiento de sus datos personales y datos personales sensibles, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
14. Ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición del tratamiento de sus datos personales, de conformidad con lo establecido en el aviso de privacidad.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta cláusula.

**Contraseña:** La clave o la cadena alfanumérica que autentica al Asegurado en un medio electrónico o en una operación electrónica. La Contraseña tiene los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa conforme a la legislación, siendo admisible como prueba en juicio.

**Identificador de Usuario:** La cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que conozca tanto la Compañía como el usuario, que permita reconocer la identidad del propio Usuario para la realización de operaciones electrónicas.

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

**Sesión:** Periodo durante el cual los Usuarios podrán llevar a cabo operaciones, una vez que

hayan ingresado al servicio de operaciones electrónicas con su identificador de usuario.

**Usuario:** El Contratante y/o Asegurado que cuenta con contraseña e Identificador de Usuario, lo que le permite realizar operaciones electrónicas.

## **II. Límites de Responsabilidad en Medios Electrónicos**

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

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

La Compañía no será responsable en caso de que no pueda efectuar o cumplir con las Operaciones Electrónicas debido, o en caso fortuito y/o fuerza mayor, por desperfectos, caída de sistemas o de cómputo, mal funcionamiento o suspensión de los Medios de Comunicación (incluyendo los Medios Electrónicos) o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no pueda efectuar sus operaciones por los motivos aquí señalados, la Compañía hará su mejor esfuerzo para mantener la continuidad en el

servicio en el entendido de que no garantizará dicha continuidad al Contratante y/o Asegurado.

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

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad u obligación de ningún tipo por cualquier pérdida o pasivo sufrido por el Contratante y/o Asegurado debido a cualquier equipo, software o documentación que no sea producida o proporcionada por la Compañía en relación con el uso de los servicios en Medios Electrónicos.

## **III. Mecanismos y Procedimientos de Identificación y Autenticación**

La Identificación del Usuario se dará en el momento en que cree su perfil en el sistema, en donde éste le solicitará información personal y del producto contratado para garantizar su identidad. Para el efecto, el usuario deberá contar con una dirección de correo electrónico, RFC válido, dirección, número telefónico y un medio de pago de la Prima con el que se puedan hacer cargos automáticos o transferencias.

Posterior a ello y de acuerdo con la solicitud del servicio, se aplicará una confirmación de la Operación Electrónica realizada a través de correo electrónico.

**En caso de no reconocer alguna de las operaciones electrónicas notificadas deberá comunicarse al teléfono: 800 801 2402**

Cuando por negligencia, culpa, dolo o mala fe del Contratante y/o Asegurado se induzca al error a la

Compañía, causando con ello un daño o perjuicio a la Compañía y/o al propio Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios, la Compañía quedará liberada de cualquier responsabilidad inherente al uso de los Medios Electrónicos, Contraseña e Identificador de Usuario, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que pudieren proceder en contra del responsable.

#### **IV. Mecanismo de Cancelación**

La cancelación del Contrato de Seguro se podrá realizar a través de Medios Electrónicos, y una vez que se haya confirmado la acción de cancelación, quien previa identificación del Contratante, entregará en un plazo no mayor de 48 horas un acuse de recibo, clave de conformación o un número de folio de cancelación. La Compañía devolverá la Prima de tarifa no devengada y pagada a la fecha de terminación, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la Prima de tarifa correspondiente, 10 días hábiles posteriores a que se haya registrado la solicitud de cancelación, lo cual se hará mediante transferencia electrónica de fondos.

#### **V. Sugerencias para prevenir riesgo en el uso y la realización de Operaciones Electrónicas**

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

- No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en

riesgo la confidencialidad de la información;

- Instalar en su computadora personal, software anti-spyware y anti-virus, así como mantenerlos actualizados; y
- Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico. Queda entendido que la Compañía nunca solicitará al Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiario(s) le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.
- No compartir las claves de acceso con persona alguna, utilice claves diferentes para cada uno de los medios electrónicos que utilice y escoja claves que resulten difíciles de adivinar para un tercero.
- Memorizar las claves de acceso o mantenerlas en un lugar seguro, nunca llevarlas con uno.

#### **4.34 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. 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; 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.

**Las referencias a los preceptos legales descritos en esta Póliza, pueden ser 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)   |
|--|--|
| Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX<br>Tel. 800 522 0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas<br>Correo: <a href="mailto:une@cardif.com.mx">une@cardif.com.mx</a><br>Página Web: <a href="http://www.cardif.com.mx">www.cardif.com.mx</a> | Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX<br>Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999<br>Correo: <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a><br>Página Web: <a href="http://www.condusef.gob.mx">www.condusef.gob.mx</a> |

***“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 21 de enero de 2022 con número de registro CNSF-S0104-0383-2021 /CONDUSEF-005515-02 del RECAS\*.”***

\*Registro de Contratos de Adhesión de Seguros

## AVISO DE PRIVACIDAD PARA CLIENTES

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo, la “Ley”) y del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo, el “Reglamento”) y demás disposiciones legales aplicables (en lo sucesivo y

conjuntamente la “Regulación de Datos Personales”), se identifica como responsable del tratamiento de los datos personales recabados a los titulares de los mismos, (en lo sucesivo y conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo denominadas “Cardif”), y pone a su



disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Regulación de Datos Personales).

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

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

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

**FINALIDADES SECUNDARIAS:** Adicional a las finalidades antes indicadas, se hace de su conocimiento que los datos recabados podrán tener finalidades que no dan origen a la relación jurídica,

mismas que pueden ser: (1) el otorgamiento de beneficios adicionales relacionados con los productos de Cardif, tales como servicios de asistencia y tarjetas de descuento; (2) ofrecerle, en su caso, otros productos y/o servicios o promociones relacionadas con nuestros productos de seguro; (3) enviarle toda clase de avisos, notificaciones, promociones, publicidad e información adicional, a través de correo electrónico, mensajes de texto SMS y demás medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología que por avances tecnológicos faciliten la comunicación con usted; (4) mercadotecnia, publicidad y prospección comercial de Cardif o de las sociedades que forman parte del grupo empresarial de Cardif en México y alrededor del mundo, sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales o sociedades bajo el control común; (5) para realizar análisis estadístico, de generación de modelos de información y/o perfiles de comportamiento actual y predictivo y para medir la calidad de los servicios de Cardif; y (6) participar en encuestas, sorteos y promociones.

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

**LIMITACIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:** Le informamos que sus datos personales, serán salvaguardados en todo momento bajo estándares de seguridad, garantizando la más estricta confidencialidad y privacidad de los mismos, de conformidad con las políticas y procedimientos que Cardif tenga implementados al respecto, apegándonos en todo momento a lo establecido por la Regulación de Datos Personales. Le hacemos extensivo que

Cardif no venderá, alquilará o enajenará de forma alguna sus datos personales.

**CONSENTIMIENTO:** En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y dentro de los 5 días hábiles siguientes, al no manifestarse en contrario, usted acepta que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo, acepta que el uso abarque cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades secundarias antes mencionadas. Lo anterior, ya sea que sus datos personales hubieren sido proporcionados o llegaren a ser proporcionados directamente por usted o a través de agentes, promotores comisionistas, socios comerciales, prestadores de servicios o cualquier otro tercero y hayan sido éstos obtenidos por cualquier medio, ya sea electrónico, óptico, sonoro, audiovisual, o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que Cardif llegue a contar. En caso de que usted nos llegue a proporcionar datos personales de terceros, usted se obliga en este acto a informar a dichos terceros a cerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible. En caso de querer manifestarse en contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx) o marcando al número 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

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

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

Para **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición**, así como para **limitar el uso y divulgación de sus datos personales**, usted tendrá las siguientes opciones:

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

Para acreditar la identidad del titular o representante legal del titular, será necesario que se acredite por medio de alguno de los siguientes documentos: (i) credencial para votar; (ii) pasaporte; (iii) cartilla militar; (iv) cédula profesional; (v) cédula de identidad del país de nacimiento. En caso de ser representante legal del titular adicionalmente, es necesario el poder notarial o en su caso carta poder firmada ante dos testigos. En caso de que la información proporcionada sea insuficiente o errónea, o que no se acompañen los documentos solicitados anteriormente, el Oficial de Privacidad podrá solicitarle al titular y/o representante de éste, en un periodo no mayor a 5 días hábiles, la información o documentación necesaria para continuar con el trámite, por lo que usted contará con 10 días hábiles posteriores a su recepción, para atender el requerimiento.

En caso de que la información proporcionada sea suficiente, Cardif responderá a su solicitud en un

plazo de 20 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la documentación completa.

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

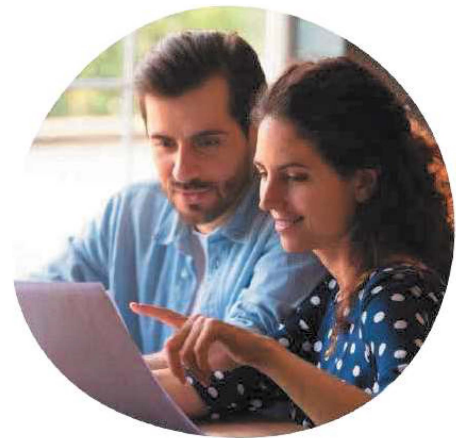
Es importante que tenga en cuenta que no se podrá concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales, hasta que el proceso de bloqueo se ejecute.

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

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

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

medio que a discreción de Cardif se considere como idóneo.



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

Cuando se contrata un seguro es muy común que se desconozcan los derechos que tienes 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 siniestro tienes derecho a:**

- Que se oriente a tus Beneficiarios sobre qué hacer y a quién dirigirse en caso de siniestro o controversia para recibir el pago de las prestaciones contratadas en tú póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo, es decir cuentas con el término convenido que se indica en la carátula de póliza o en caso que no se indique contarás 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 presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), ubicada en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, con los teléfonos 55 4123 0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas, o al correo electrónico [une@cardif.com.mx](mailto:une@cardif.com.mx), o visite [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx); o bien, contacte a CONDUSEF que está ubicada en Insurgentes Sur 762 Colonia Del Valle Ciudad de México, C.P. 03100 o al teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080 o correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef)

Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje, de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención **800 801 2402** desde la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas.

**“En 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 a partir del día 21 de enero de 2022, con el número CNSF-S0104-0383-2021/ CONDUSEF-005515-02 del RECAS\*.”**

\* Registro de Contratos de Adhesión de Seguros



**DATOS DE LA PÓLIZA**

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Póliza No.:</b>           | <b>Vigencia de la Póliza:</b> |
| <b>Operación del Seguro:</b> | <b>Territorio cubierto:</b>   |

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

**DATOS DEL CONTRATANTE Y BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE**

|  |                              |               |                       |
|--|------------------------------|---------------|-----------------------|
| <b>Nombre Completo y/o Razón Social:</b> |                              |               |                       |
| <b>R.F.C.:</b>                           | <b>Domicilio:</b>            |               |                       |
| <b>Colonia:</b>                          | <b>Alcaldía o Municipio:</b> |               | <b>Código Postal:</b> |
| <b>Estado:</b>                           | <b>Teléfono:</b>             | <b>Email:</b> |                       |

**DATOS DEL GRUPO ASEGURADO**

**Descripción:**  
**Características:**

**DETALLE DE COBERTURAS AMPARADAS**

| Descripción                              | Fallecimiento | Invalidez Total y Permanente | Desempleo Involuntario | Desempleo por Incapacidad Total Temporal |
|--|---------------|------------------------------|------------------------|--|
| Tipo de Cobertura                        |               |                              |                        |  |
| Asegurado                                |               |                              |                        |  |
| Suma Asegurada o regla para determinarla |               |                              |                        |  |
| Periodo de Carencia                      |               |                              |                        |  |
| Periodo de Espera                        |               |                              |                        |  |
| Número de Pagos                          |               |                              |                        |  |
| Número de Eventos                        |               |                              |                        |  |
| Edad mínima de aceptación                |               |                              |                        |  |
| Edad máxima de aceptación                |               |                              |                        |  |
| Edad de permanencia                      |               |                              |                        |  |

**ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL CONTRATANTE**

**Suma Asegurada Máxima sin requisitos de asegurabilidad:**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Exclusión Cobertura Básica:</b> | <b>Antigüedad Laboral del Asegurado:</b> |
|------------------------------------|--|

**Lapso de tiempo entre eventos para la cobertura de Desempleo Involuntario y Desempleo por Incapacidad Total Temporal:**

**La cobertura de Desempleo Involuntario es únicamente para Asegurados Acreditados con carácter de Empleados Formales y la cobertura de Desempleo por Incapacidad Total Temporal es únicamente para Asegurados Acreditados con carácter de Auto-empleados. Ambas coberturas son excluyentes.**

**DATOS DE LA PRIMA**

|                                   |                              |                                     |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Pago de Prima a cargo del:</b> | <b>Periodicidad de Pago:</b> | <b>Periodo de Gracia:</b>           |
| <b>Medio de Pago:</b>             |                              | <b>Moneda:</b>                      |
| <b>Prima Neta o Cuota</b>         | <b>Gastos de Expedición</b>  | <b>Recargo por Pago Fraccionado</b> |
| <b>Prima Total</b>                |                              |                                     |

| 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: |                                  |

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

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

### **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 800 801 2402 desde la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas . 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](http://www.cardif.com.mx), o en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

El Contratante podrá solicitar una copia de su Póliza, así como de las condiciones generales a la Compañía vía telefónica al 800 801 2402 desde la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas.

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

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de enero de 2022, con el número CNSF-S0104-0383-2021/ CONDUSEF-005515-02 del RECAS.”**

#### Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V (en lo sucesivo, “Cardif”), con domicilio en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable. El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad de cumplir con las obligaciones legales y contractuales que le deriven a Cardif conforme al contrato de seguro del cual se derive el presente documento. Para 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](http://www.cardif.com.mx)

| DATOS DE LA PÓLIZA     |                           |
|------------------------|---------------------------|
| Póliza No.:            | Certificado No.:          |
| Vigencia de la Póliza: | Vigencia del Certificado: |
| Operación del Seguro:  | Territorio cubierto:      |

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

| NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE Y BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE |
|--|
|  |

| DATOS DEL ASEGURADO ACREDITADO |                       |                      |                |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------|
| Nombre:                        |                       | Fecha de nacimiento: |                |
| R.F.C.:                        | Domicilio:            |                      |                |
| Colonia:                       | Alcaldía o Municipio: |                      | Código Postal: |
| Estado:                        | Teléfono:             | Email:               |                |

| EN CASO DE SER APLICABLE: |                       | Datos del Asegurado Coacreditado |  | Datos del Garante Hipotecario |                |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|----------------|
| Nombre:                   |                       | Fecha de nacimiento:             |  |                               |                |
| R.F.C.:                   | Domicilio:            |                                  |  |                               |                |
| Colonia:                  | Alcaldía o Municipio: |                                  |  |                               | Código Postal: |
| Estado:                   | Teléfono:             | Email:                           |  |                               |                |

| DETALLE DE COBERTURAS AMPARADAS          |               |                              |                        |  |
|--|---------------|------------------------------|------------------------|--|
| Descripción                              | Fallecimiento | Invalidez Total y Permanente | Desempleo Involuntario | Desempleo por Incapacidad Total Temporal |
| Tipo de Cobertura                        |               |                              |                        |  |
| Asegurado                                |               |                              |                        |  |
| Suma Asegurada o regla para determinarla |               |                              |                        |  |
| Periodo de Carencia                      |               |                              |                        |  |
| Periodo de Espera                        |               |                              |                        |  |
| Número de Pagos                          |               |                              |                        |  |
| Número de Eventos                        |               |                              |                        |  |
| Edad mínima de aceptación                |               |                              |                        |  |
| Edad máxima de aceptación                |               |                              |                        |  |
| Edad de permanencia                      |               |                              |                        |  |

| ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Suma Asegurada Máxima sin requisitos de aseguridad:  |                                   |
| Exclusión Cobertura Básica:  | Antigüedad Laboral del Asegurado: |
| Lapso de tiempo entre eventos para la cobertura de Desempleo Involuntario y Desempleo por Incapacidad Total Temporal:  |                                   |
| <p><b>La cobertura de Desempleo Involuntario es únicamente para Asegurados Acreditados con carácter de Empleados Formales y la cobertura de Desempleo por Incapacidad Total Temporal es únicamente para Asegurados Acreditados con carácter de Auto-Empleados. Ambas coberturas son excluyentes.</b></p> |                                   |



| DATOS DE LA PRIMA          |                      |                              |                    |
|----------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------|
| Pago de Prima a cargo del: |                      | Periodicidad de Pago:        | Periodo de Gracia: |
| Medio de Pago:             |                      | Moneda:                      |                    |
| Prima Neta o Cuota         | Gastos de Expedición | Recargo por Pago Fraccionado | Prima Total        |

Con la firma del presente documento otorgo mi Consentimiento para:

- Ser asegurado en la Póliza de Hipotecario Seguro de Vida que el Contratante ha solicitado a la Compañía de acuerdo a las condiciones generales de la Póliza. Tengo conocimiento de que para ingresar al seguro debo cumplir con los requisitos de asegurabilidad para formarte parte del mismo.
- 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 \_\_\_\_\_

| NOMBRE Y FIRMA DE ASEGURADO(S) |                        |                          |  |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------|--|
| Asegurado Acreditado           | Asegurado Coacreditado | <input type="checkbox"/> | Garante Hipotecario <input type="checkbox"/> |

| 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: |                                  |

## 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.”

La Compañía se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado que arriba se indica, de conformidad con las declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares,

cláusulas y Certificado Individual del Contrato de Seguro, siempre que se encuentren en vigor al realizarse el Evento del que depende el pago de la indemnización respectiva.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante los Pagos correspondientes amparados por el Contrato de Seguro, según sea el caso.

El Asegurado podrá solicitar copia del Certificado de Individual y de las condiciones generales directamente al Contratante y/o a la Compañía, vía telefónica al número 800 801 2402 y/o consultarlas en la siguiente página de Internet [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx).

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, a través del Contratante, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Certificado Individual, a fin de que éste esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes para la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, pueda ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante los pagos correspondientes amparados por el Contrato de Seguro, según sea el caso.

El Asegurado debe informar a la Compañía, a través del Contratante, su domicilio, a efecto de que se le pueda notificar lo señalado en el párrafo anterior.

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 desde la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas. 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](http://www.cardif.com.mx), o en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

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

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de enero de 2022, con el número CNSF-S0104-0383-2021/ CONDUSEF-005515-02 del RECAS.”**

#### Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V (en lo sucesivo, “Cardif”), con domicilio en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable. El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad de cumplir con las obligaciones legales y contractuales que le deriven a Cardif conforme al contrato de seguro del cual se derive el presente documento. Para 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](http://www.cardif.com.mx)

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

**DATOS DEL CONTRATANTE Y BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE**

**Nombre Completo y/o Razón Social:**

**R.F.C.:**

**Domicilio:**

**Colonia:**

**Alcaldía o Municipio:**

**Código Postal:**

**Estado:**

**Teléfono:**

**Email:**

**CARACTERISTICAS DEL GRUPO ASEGURADO**

**Descripción:**

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

**Territorio cubierto:**

**Número de integrantes:**

**Características particulares o especiales:**

**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 Asegurado, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen:**

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

**COBERTURAS**

| Descripción                              | Fallecimiento | Invalidez Total y Permanente | Desempleo Involuntario              | Desempleo por Incapacidad Total Temporal |  |
|--|---------------|------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Solicitada                               |               |                              |                                     |  |  |
| Suma Asegurada o Regla para determinarla |               |                              |                                     |  |  |
| <b>Fecha de inicio de la Vigencia:</b>   |               |                              | <b>Fecha de fin de la Vigencia:</b> |  |  |

**DATOS DE LA PRIMA**

|                                   |        |            |   |          |  |
|-----------------------------------|--------|------------|---|----------|--|
| <b>Pago de Prima a cargo del:</b> |        |            | <b>Porcentaje de participación del Asegurado:</b> |          |  |
| <b>Medio de Pago:</b>             |        |            | <b>Moneda:</b> Nacional                           |          |  |
| <b>Periodicidad de Pago:</b>      | Anual: | Semestral: | Trimestral:                                       | Mensual: |  |

**Con la firma del presente documento 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**

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

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

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

**“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](http://www.cardif.com.mx), o bien, en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros.(RECAS).

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

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de enero de 2022, con el número CNSF-S0104-0383-2021/ CONDUSEF-005515-02 del RECAS.”**

#### **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](http://www.cardif.com.mx)