

SEGURO DE VIDA

SALDO DEUDOR

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro **CNSF-S0104-0255-2023/**
CONDUSEF-006206-01 del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros
(RECAS).

Índice

1. DEFINICIONES	4
2. COBERTURA BÁSICA	6
2.1. FALLECIMIENTO	6
2.1.1. ¿Qué cubre tu seguro?	6
2.1.2. ¿Qué no cubre tu seguro?	6
3. COBERTURAS ADICIONALES	6
3.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	6
3.1.1. ¿Qué cubre tu seguro?	7
3.1.2. ¿Qué no cubre tu seguro?	7
3.2. DESEMPLEO INVOLUNTARIO	8
3.2.1. ¿Qué cubre tu seguro?	8
3.2.2. ¿Qué no cubre tu seguro?	9
3.3. PÉRDIDA DE INGRESO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	9
3.3.1. ¿Qué cubre tu seguro?	9
3.3.2. ¿Qué no cubre tu seguro?	9
4. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO?	10
4.1. DOCUMENTOS GENERALES	10
4.2. DOCUMENTOS ADICIONALES POR COBERTURA	10
5. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	10
5.1. Cobertura Simultanea Acreditado y Co-Acreditado	10
5.2. Límites de Edad	11
5.3. Prima	11
5.4. Terminación del Contrato de Seguro	11
5.5. Cancelación Anticipada del Contrato de Seguro	11
5.6. Renovación Automática	11
5.7. Comunicaciones	11
5.8. Conflicto en Caso de Padecimiento Preexistente	12
5.9. Beneficiario Predeterminado	12
5.10. Omisión e Inexactas Declaraciones	12
5.11. Pago de la Suma Asegurada	12
5.12. Indemnización por Mora	12
5.13. Competencia	13
5.14. Prescripción	13
5.15. Residencia; Límite Territorial	13
5.16. Agravación del Riesgo	13
5.17. Comisión o Compensación Directa	14
5.18. Entrega de Documentación Contractual	14

5.19. Uso de Medios Electrónicos.....	14
5.20. Derechos de los Asegurados	15
5.21. Registro de Asegurados; Expediente.....	15
5.22. Altas al Grupo Asegurado	15
5.23. Bajas del Grupo Asegurado	15
5.24. Obligaciones del Contratante.....	16
5.25. Referencia de Leyes	16
5.26. Datos Personales.....	16
AVISO DE PRIVACIDAD	16



SEGURO DE VIDA SALDO DEUDOR

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

1. DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Acontecimiento ocurrido durante la Vigencia, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de tu voluntad, que te produzca lesiones corporales o tu lamentable fallecimiento. **No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por ti.**
- **Acreditado:** Persona física que tiene celebrado un Crédito con el Contratante.
- **Asegurado:** Persona física protegida por este Contrato de Seguro, cuyo nombre aparece en el Certificado Individual, quien ha otorgado su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado y cumple con los requisitos de asegurabilidad que establecimos. El Co-Acreditado únicamente quedará cubierto si aparece como Asegurado en el Certificado Individual respectivo.
- **Beneficiario:**
 - Respecto del Saldo Insoluto del Crédito, será el Contratante.
 - En caso de cantidad fija, será el Contratante respecto del Saldo Insoluto y, únicamente si existiera alguna cantidad remanente, será el Beneficiario Predeterminado o el propio Asegurado, según corresponda.
 - Respecto de la(s) Mensualidad(es) del Crédito, será el Contratante.
 - Para la cobertura de Gastos Funerarios, será el Beneficiario Predeterminado.
- **Beneficiario Predeterminado:** Las siguientes personas con el siguiente orden: tu cónyuge o concubino (a) legalmente reconocido(a), en ausencia de éste, serán tu(s) hijo(s) mayor(es) de edad por partes iguales y en ausencia de éste(os) tu(s) padre(s) por partes iguales. En ausencia de los anteriores, la indemnización aplicable se pagará a tu sucesión legal.
- **Carátula de Póliza:** Documento que contiene la información y datos del Contratante, la descripción del Grupo Asegurado, así como la información referente a los términos bajo los cuales debe operar el presente Contrato de Seguro.
- **Certificado Individual:** Documento que contiene la información aplicable a cada Asegurado, referente a los términos bajo los cuales operará este Contrato de Seguro.
- **Co-Acreditado:** En caso de aplicar, persona señalada en tu Certificado Individual, pudiendo ser:
 - Persona física que, adicionalmente al Acreditado, participa del pago del Crédito otorgado a favor del Acreditado, dicha participación podrá ser de forma solidaria o mancomunada, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en éste; o
 - El cónyuge del Acreditado, sin importar si participa o no del pago del Crédito.
- **Contratante:** Persona física o moral que ha celebrado con nosotros el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago del Crédito que ha otorgado a tu favor, cuyo nombre aparece en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, quien es responsable de realizar el pago de la prima (salvo que se disponga lo contrario).
- **Crédito:** Monto que te es entregado por el Contratante, en términos del contrato celebrado con éste.



- **Culpa Grave:** Acto intencional realizado con el propósito de que se produzca un Evento.
- **Diagnóstico:** Dictamen emitido por un Médico sobre tu padecimiento o condición, ocurrido durante la Vigencia.
- **Endoso:** Documento que modifica las condiciones originales del Contrato de Seguro, previo acuerdo entre el Contratante y nosotros.
- **Enfermedad:** Toda alteración de la salud física que sufras durante la Vigencia, que se origine independientemente de hechos accidentales.
- **Evento:** Consiste en la ocurrencia del riesgo indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.
- **Grupo Asegurado:** Personas físicas designadas por el Contratante, que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por éste, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por nosotros y que otorguen su consentimiento para formar parte del mismo.

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

- **Institución de Salud:** Cualquier instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en México facultado para proveer servicios de salud, así como, cualquier otra institución (hospital, clínica, sanatorio) legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas con personal médico y de enfermería autorizados por la Secretaría de Salud para ejercer.
- **Ley:** Ley sobre el Contrato de Seguro.
- **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina y que cuenta con título y cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. En el entendido que, el Médico que emita el Diagnóstico, no deberá ser tu familiar.
- **Mensualidad del Crédito:** Pago periódico que cubre el Crédito. **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:** Aquellos padecimientos y/o Enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual:
 - Se ha declarado su existencia; o
 - Hayas realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
 - Sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico por un Médico 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: **Invalidez Total y Permanente y Pérdida del Ingreso por Incapacidad Total Temporal** deberá entenderse:

- Aquellos padecimientos y/o Enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual, hayas tenido conocimiento, hayas recibido tratamiento médico por un Médico y/o Médico especialista, de que el Padecimiento y/o Enfermedad de que se trate pudiera llegar a derivar en una **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**; y/o
- Aquellos Padecimientos y/o Enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Certificado Individual, hayan originado una, o hayan sido diagnosticados como, **Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total Temporal**.

- **Periodo de Carencia:** Periodo que deberá transcurrir a partir del inicio de Vigencia, para que te encuentres cubierto por este Contrato de Seguro, el cual se establecerá 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, para que proceda el pago de la cobertura respectiva, en caso de ser procedente. El cual se establecerá en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.
- **Póliza y/o Contrato de Seguro:** De forma conjunta: las condiciones generales, la Carátula de Póliza, la solicitud de seguro, los Certificados Individuales, los Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Práctica Profesional de Cualquier Deporte:** Dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se reciba cualquier tipo de retribución.
- **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 al Contratante, en los términos del Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Evento.

Para efectos de este Contrato de Seguro, no forman parte del Saldo Insoluto los pagos vencidos, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo (intereses moratorios), comisiones, cuotas, así como tampoco el pago de daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales, que, en su caso, llegaras a adeudar al Contratante.

- **Suma Asegurada:** Cantidad indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, para cada cobertura, que será pagada como máximo, al verificarse el Evento, en caso de ser procedente.
- **Vigencia:** Periodo indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, durante el cual quedas cubierto bajo este Contrato de Seguro, el cual inicia y termina a las 12:00 (doce) horas de la Ciudad de México conforme a la fecha estipulada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

2. COBERTURA BÁSICA

2.1. FALLECIMIENTO



2.1.1. ¿Qué cubre tu seguro?

Si durante la Vigencia, llegaras a fallecer, pagaremos la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. La Suma Asegurada podrá ser de la siguiente forma:

- Una Suma Asegurada no fija Al Contratante, equivalente al Saldo Insoluto a la fecha del fallecimiento.
- Una Suma Asegurada fija, la cual cubrirá primero el Saldo Insoluto a la fecha del fallecimiento al Contratante, y, en caso de existir remanente, éste será pagado al Beneficiario(s) Predeterminado(s).



2.1.2. ¿Qué no cubre tu seguro?

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

3. COBERTURAS ADICIONALES

Únicamente quedarás protegido respecto de las coberturas que se especifiquen expresamente como amparadas en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

3.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

- Aquella condición de carácter permanente, que se manifiesta durante la Vigencia, que te impida

desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con tus conocimientos, aptitudes o posición social y por consiguiente no se procure la totalidad de los ingresos que percibías antes del estado de invalidez; o

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, de ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no será necesario que transcurra el Período de Espera establecido.

Se entenderá por:

- **Pérdida de una mano:** Su anquilosamiento, separación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana (a nivel de la muñeca) o arriba de ella.
- **Pérdida de un pie:** Su anquilosamiento, separación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana (del tobillo) o arriba de ella.
- **Pérdida de la vista:** La desaparición completa e irreparable de la función de la vista en ambos ojos.
- **Anquilosis:** Fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.



3.1.1. ¿Qué cubre tu seguro?

Si durante la Vigencia, cayeras en un estado de Invalidez Total y Permanente, derivada de un Accidente y/o Enfermedad (según se especifique en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual), pagaremos la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. La Suma Asegurada podrá ser de la siguiente forma:

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



Ten en cuenta que para tu cobertura de Invalidez Total y Permanente...

- En la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual se indicará: el Periodo de Espera en el cual debes permanecer en estado de Invalidez Total y Permanente, el cual se contará a partir de la fecha de Diagnóstico, así como, el Periodo de Carencia aplicable, el cual no será aplicable en caso de Accidentes.
- El beneficio no será aplicable a Créditos posteriores a la fecha de Diagnóstico.



3.1.2. ¿Qué no cubre tu seguro?

La Invalidez Total y Permanente a causa de:

- a) Padecimientos Preexistentes en los términos definidos;
- b) Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de alta del Certificado Individual. Esta exclusión no aplicará en caso de que la Invalidez Total y Permanente sea dictaminada después de 12 (doce) meses de iniciada la Vigencia del Certificado Individual no importando si se deriva de un Accidente o Enfermedad ocurrido previo a la fecha de alta del Certificado Individual;
- c) Intento de suicidio y lesiones auto-inflingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de tu vida o tu salud;

- d) Actos ocurridos por culpa grave, encontrándote 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;
- e) Tu participación en servicio militar, actos de guerra, declarada o no, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;
- f) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares, contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear; así como, del contacto con sustancias tóxicas.
- g) Tu participación directa en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que seas el provocador;
- h) Tu participación 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;
- i) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada por tu voluntad;
- j) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

3.2. DESEMPLEO INVOLUNTARIO



3.2.1. ¿Qué cubre tu seguro?

Si durante la Vigencia, eres despedido o tu contrato laboral fue rescindido al menos 1(un) mes antes de la fecha inicialmente pactada, por causas ajenas a tu voluntad y sin responsabilidad alguna, pagaremos por Evento al Contratante, las Mensualidades del Crédito hasta por el número establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.



Ten en cuenta que para tu cobertura de Desempleo Involuntario...

- En la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual se indicará: la antigüedad laboral que deberás tener antes de la ocurrencia del Evento, el Periodo de Espera en el cual debes permanecer desempleado, el Periodo de Carencia aplicable, así como, el número de Eventos cubiertos y el periodo que debe transcurrir entre ellos.
- Únicamente aplica cuando seas empleado formal, es decir, que tengas un contrato laboral por tiempo indeterminado o, determinado por un periodo mínimo de 6 (seis) meses.
- El pago cesará una vez que te vuelvas a emplear o en el caso que hayas consumido el total de Mensualidades del Crédito, lo que ocurra primero.
- El beneficio no será aplicable a Créditos posteriores a la fecha de desempleo.

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

3.2.2. ¿Qué no cubre tu seguro?

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

3.3. PÉRDIDA DE INGRESO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL



3.3.1. ¿Qué cubre tu seguro?

Si durante la Vigencia, sufres una Incapacidad Total temporal a causa de un Accidente o Enfermedad, prescrita por un Médico, y derivado de ésta, quedas imposibilitado temporalmente para el desempeño de tu trabajo o actividad habitual, pagaremos por Evento al Contratante, las Mensualidades del Crédito hasta por el número establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.



Ten en cuenta que para tu cobertura de Pérdida de Ingreso por incapacidad Total Temporal...

- En la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual se indicará: el Periodo de Espera en el cual debes permanecer desempleado, el Periodo de Carencia aplicable, así como, el número de Eventos cubiertos y el periodo que debe transcurrir entre ellos.
- Únicamente aplica si te dedicas a realizar actividades empresariales, seas profesionista independiente o tengas una actividad independiente.
- El pago cesará una vez que te recuperes o en el caso que hayas consumido el total de Mensualidades del Crédito, lo que ocurra primero.
- El beneficio no será aplicable a Créditos posteriores a la fecha de incapacidad.

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

3.3.2. ¿Qué no cubre tu seguro?

- a) Padecimientos Preexistentes en los términos definidos;
- b) Intento de suicidio y lesiones auto-inflingidas aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria;
- c) Actos ocurridos por culpa grave, encontrándose 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;
- d) Tu participación en servicio militar, actos de guerra, declarada o no, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares;

- e) **Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares, contacto con cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear; así como, del contacto con sustancias tóxicas.**
- f) **Tu participación directa en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que seas el provocador;**
- g) **Tu participación 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;**
- h) **Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética realizada por tu voluntad;**
- i) **Tratamientos psiquiátricos y/o cualquier condición de origen psicológico tales como: estrés, ansiedad, depresión u otras.**

4. ¿CÓMO UTILIZAR TU SEGURO?

Tan pronto como tú o tu(s) Beneficiario(s), según corresponda, tengan conocimiento de la ocurrencia del Evento, deberá(n) comunicarse con nosotros vía telefónica al 800 953 0424 en la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 21:00 horas, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo informarlo una vez que desaparezca el impedimento.

4.1. DOCUMENTOS GENERALES

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

4.2. DOCUMENTOS ADICIONALES POR COBERTURA

Fallecimiento: Copia certificada del acta de defunción.

Invalidez Total y Permanente: Copia legible del dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por un Médico especialista en medicina del trabajo. En caso de aplicar, resultados de exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología, relacionados al Diagnóstico.

Desempleo Involuntario: Comprobante de liquidación, así como, algún documento donde conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, en la que se especifique la siguiente información: i. Tipo de contrato; ii. Causa de la terminación laboral; iii. Fecha de inicio y término del contrato laboral, o cualquier otro documento que acredite el despido injustificado.

Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal: Documento que acredite tu incapacidad total temporal, en donde conste las causas que dieron origen a dicha incapacidad emitido por un Médico. En caso de aplicar, resultados de exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología, relacionados al Diagnóstico.

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

5. CLÁUSULAS GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

5.1. Cobertura Simultanea Acreditado y Co-Acreditado

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

primero el del Acreditado.

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

5.2. Límites de Edad

Se considera como tu edad, el número de años cumplidos a la fecha de alta del Certificado Individual y las subsecuentes renovaciones.

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

5.3. Prima

El monto, medio y periodicidad de pago, serán especificados en tu Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. La prima vence en la fecha de inicio de Vigencia. En caso de pago fraccionado vence al comienzo y no al final de cada periodo.

Una vez vencida la prima, gozarás de un plazo adicional para realizar el pago de ésta, el cual será estipulado en tu Carátula de Póliza y/o Certificado Individual sin que éste exceda de 90 (noventa) días naturales, (Periodo de Gracia). En caso de ocurrir el Evento durante el Período de Gracia, podremos deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago.

5.4. Terminación del Contrato de Seguro

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas, si no se paga la prima dentro del Periodo de Gracia.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Falta de pago de la prima dentro del Periodo de Gracia.
- Que el Crédito se cancele o se dé por terminado por cualquier causa;
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado;
- En la fecha en la que hayas alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad que establecimos respecto del presente Contrato de Seguro;
- En la fecha en la que hayas liquidado de manera total el Crédito; y
- En la fecha en la que, por la aplicación de cualquiera de las coberturas se pague el Crédito.

5.5. Cancelación Anticipada del Contrato de Seguro

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

5.6. Renovación Automática

Una vez transcurrido el periodo de Vigencia, podremos renovar de forma automática 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 darlo por terminado con al menos 30 (treinta) días naturales de anticipación. **La prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que tengamos registrada al momento de la renovación.**

5.7. Comunicaciones

- Para nosotros: por escrito en el domicilio indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.
- Para ti: Por escrito en el último domicilio que conozcamos.

5.8. Conflicto en Caso de Padecimiento Preexistente

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

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

5.9. Beneficiario Predeterminado

En el caso que así lo desees, podrás modificar la designación de Beneficiario Predeterminado, siempre que no exista restricción legal en contrario, pudiendo designar a nuevos Beneficiarios en forma clara y precisa mediante notificación por escrito a nosotros, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y paguemos el importe del seguro conforme a la definición de Beneficiario Predeterminado, será sin responsabilidad alguna para nosotros.

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

“Advertencia:

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

5.10. Omisión e Inexactas Declaraciones

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

5.11. Pago de la Suma Asegurada

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

5.12. Indemnización por Mora

En caso de que nosotros, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumplamos con la obligación de pagar la indemnización en términos del artículo 71 de la Ley, estaremos obligados a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas,

correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicha indemnización se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

5.13. 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 (en adelante CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la 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 las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

5.14. 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.

5.15. Residencia; Límite Territorial

Este Contrato de Seguro ha sido contratado en territorio nacional, con mexicanos que residan en México; o con extranjeros con la calidad legal de residentes comprobable, en los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su nacionalidad, para cubrir riesgos que sean ocurridos en territorio nacional, salvo para las coberturas de Fallecimiento, Gastos Funerarios y Muerte Accidental, las cuales serán cubiertas sin importar el lugar de ocurrencia.

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

5.16. Agravación del Riesgo

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

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

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

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

Nuestras obligaciones cesarán de pleno derecho durante el curso del Contrato de Seguro de conformidad con

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

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

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

5.17. Comisión o Compensación Directa

Durante la Vigencia, podrás solicitarnos por escrito, te informemos el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. Proporcionaremos dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.18. Entrega de Documentación Contractual

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

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

Dejaremos constancia de la entrega de los documentos antes mencionados.

Si no recibes, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente cláusula, deberás hacerlo de nuestro conocimiento, comunicándote al teléfono 800 953 0424; para que, a tu elección, te hagamos llegar dicha documentación por el medio que nos indiques.

5.19. Uso de Medios Electrónicos

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

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

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

De igual forma, en dicha liga podrás encontrar algunos riesgos inherentes al uso de medios electrónicos, así

como algunas sugerencias para prevenir la realización de operaciones irregulares o ilegales que vayan en detrimento de tu patrimonio.

5.20. Derechos de los Asegurados

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

En caso que la Suma Asegurada contratada exceda el importe del Saldo Insoluto, al momento de ocurrir el Evento, el remanente será pagado a los Beneficiarios Predeterminados, conforme a los términos y condiciones pactados dentro de tu Contrato de Seguro.

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

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

Cualquier declaración o trámite relacionado con tu seguro o para solicitar copia de algún documento relacionado con el mismo, podrá realizarse en nuestras oficinas ubicadas Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México o al teléfono **800 953 0424, de lunes a viernes de 09:00 a 21:00 horas**. Haremos entrega de todos aquellos documentos que contengan los derechos y obligaciones relacionados con el seguro, mismos que se contienen en este documento y en las condiciones generales.

5.21. Registro de Asegurados; Expediente

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

5.22. 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 contratado el Contrato de Seguro, 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 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podremos exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratado el Contrato de Seguro.

Cuando exijamos requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contaremos 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 contratado el Contrato de Seguro.

5.23. 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, devolveremos en su caso, la prima pagada que corresponde al tiempo no transcurrido de dichos integrantes, a quienes la hayan aportado, menos el costo de adquisición, lo anterior, dentro de los 10 (diez)

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

5.24. Obligaciones del Contratante

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

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

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

5.25. Referencia de Leyes

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

5.26. Datos Personales

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

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0104-0255-2023/CONDUSEF-006206-01.”

AVISO DE PRIVACIDAD

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

DOMICILIO: Para efectos del presente Aviso de Privacidad, Cardif señala como domicilio el ubicado en **Avenida**

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

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

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

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

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

LIMITACIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES: Le informamos que sus datos personales, serán salvaguardados en todo momento bajo estándares de seguridad, garantizando la más estricta confidencialidad y privacidad de los mismos, de conformidad con las políticas y procedimientos que Cardif tenga implementados al respecto, apegándonos en todo momento a lo establecido por la Regulación de Datos Personales. Le hacemos extensivo que Cardif no venderá, alquilará o enajenará de forma alguna sus datos personales.

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

Asimismo, acepta que el uso abarque cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades secundarias antes mencionadas. Lo anterior, ya sea que sus datos personales hubieren sido proporcionados o llegaren a ser proporcionados directamente por usted o a través de agentes, promotores comisionistas, socios comerciales, prestadores de servicios o cualquier otro tercero y hayan sido éstos obtenidos por cualquier medio, ya sea electrónico, óptico,

sonoro, audiovisual, o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que Cardif llegue a contar. En caso de que usted nos llegare a proporcionar datos personales de terceros, usted se obliga en este acto a informar a dichos terceros a cerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible. En caso de querer manifestarse en contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico datospersonales@cardif.com.mx o marcando al número 55 5001 4400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 7343 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Cuando contratas 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 Evento. Si conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene el seguro contratado, podrás evitar imprevistos y estarás mejor protegido.

Antes y durante la contratación del seguro:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que los acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.cardi.com.mx o en cualquiera de nuestras oficinas.

En caso de que ocurra el Evento tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu Contrato de Seguro por Eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo, es decir, cuentas con el plazo establecido en tu Certificado Individual, el cual no excederá de 90 (noventa) días naturales, o bien, si no se encuentra estipulado, se entenderá que el plazo es de 30 (treinta) días naturales para liquidarla, en los términos de la cláusula respectiva contenida en el contrato de seguro.
 - Cobrarnos una indemnización por mora, en caso de retraso en el pago de la suma asegurada, de acuerdo con lo previsto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- 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)
- Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida)

Unidad de Atención Especializada (UNE)

Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX
Tel. 800-522-0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas
Correo: une@cardif.com.mx
Página Web: www.cardif.com.mx

Comisión Nacional para la Protección de los usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención **800 953 0424** desde la Ciudad de México, Área Metropolitana o desde el Interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 21:00 horas.

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0255-2023/ CONDUSEF-006206-01 del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

“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 30 de octubre del 2023, con el número CNSF-S0104-0255-2023/ CONDUSEF-006206-01 del RECAS.”

DATOS DE LA PÓLIZA

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

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

DATOS DEL CONTRATANTE

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

DATOS DEL GRUPO ASEGURADO

Grupo Asegurado y sus características:

DETALLE DE COBERTURAS AMPARADAS

Descripción	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Desempleo Involuntario*	Perdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal*
Asegurado (Acreditado y/o Co-Acreditado)				
Se cubre por Accidente y/o Enfermedad	No aplica		No aplica	
Suma Asegurada o regla para determinarla				
Número de Mensualidades del Crédito	No Aplica	No Aplica		
Periodo de Carencia	No Aplica			
Periodo de Espera	No Aplica			
Número de Eventos	No Aplica	No Aplica		
Periodo entre Eventos	No Aplica	No Aplica		
Edad mínima de aceptación				
Edad máxima de aceptación				
Edad máxima de renovación				

ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL CONTRATANTE

Exclusión Cobertura Básica:	Antigüedad Laboral:
*La cobertura de Desempleo Involuntario aplica únicamente cuando seas empleado formal, es decir, que tengas un contrato laboral por tiempo indeterminado o, determinado por un periodo mínimo de 6 (seis) meses, y la cobertura de Perdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal aplica únicamente si te dedicas a realizar actividades empresariales, seas profesionista independiente o tengas una actividad independiente.	

DATOS DE LA PRIMA

Pago de Prima a cargo del:	Contribución de los Asegurados:	Periodo de Gracia:
Medio de Pago:	Periodicidad de Pago:	Moneda: Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos.
Prima o Cuota Neta:	Gastos de Expedición:	Recargo por pago fraccionado:
		Prima o Cuota Total:

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.”

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

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

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

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

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

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

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. (“Compañía”), se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado, conforme a lo declarado por el Contratante y/o los Asegurados, sujeto a las condiciones generales, cláusulas generales y Certificados Individuales del Contrato de Seguro, siempre que se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento.

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

Cualquier declaración o trámite relacionado con tu seguro o para solicitar copia de algún documento relacionado con el mismo, podrá realizarse en nuestras oficinas ubicadas Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México o al teléfono **800 953 0424, de lunes a viernes de 09:00 a 21:00 horas.** Haremos entrega de todos aquellos documentos que contengan los derechos y obligaciones relacionados con el seguro, mismos que se contienen en este documento y en las condiciones generales.

Unidad de Atención Especializada (UNE)	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	Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, CDMX

Tel. 800-522-0983 o 55 4123 0400 de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 y viernes de 08:30 a 14:30 horas
Correo: une@cardif.com.mx
Página Web: www.cardif.com.mx

Tel. 800 999 8080 o 55 5340 0999

Correo: asesoria@condusef.gob.mx
Página Web: www.condusef.gob.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0104-0255-2023/ CONDUSEF-006206-01 del RECAS.”

Aviso de Privacidad Simplificado

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

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:

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

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

DETALLE DE COBERTURAS AMPARADAS				
Descripción	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Desempleo Involuntario*	Perdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal*
Asegurado (Acreditado y/o Co-Acreditado)				
Se cubre por Accidente y/o Enfermedad	No aplica		No aplica	
Suma Asegurada o regla para determinarla				
Número de Mensualidades del Crédito	No Aplica	No Aplica		
Periodo de Carencia	No Aplica			
Periodo de Espera	No Aplica			
Número de Eventos	No Aplica	No Aplica		
Periodo entre Eventos	No Aplica	No Aplica		
Edad mínima de aceptación				
Edad máxima de aceptación				
Edad máxima de renovación				

ESPECIFICACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL CONTRATANTE	
Exclusión Cobertura Básica:	Antigüedad Laboral:
*La cobertura de Desempleo Involuntario aplica únicamente cuando seas empleado formal, es decir, que tengas un contrato laboral por tiempo indeterminado o, determinado por un periodo mínimo de 6 (seis) meses, y la cobertura de Perdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal aplica únicamente si te dedicas a realizar actividades empresariales, seas profesionista independiente o tengas una actividad independiente.	

DATOS DE LA PRIMA			
Pago de Prima a cargo del:	Contribución de los Asegurados:	Periodo de Gracia:	
Medio de Pago:	Periodicidad de Pago:	Moneda: Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos.	
Prima o Cuota Neta:	Gastos de Expedición:	Recargo por pago fraccionado:	Prima o Cuota Total:

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

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

NOMBRE Y FIRMA DE ASEGURADO(S)	
Asegurado Acreditado	Asegurado Co-Acreditado
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.”

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. (“Compañía”), se obliga a pagar la Suma Asegurada correspondiente al plan de seguro contratado, conforme a lo declarado por el Contratante y/o los Asegurados, sujeto a las condiciones generales, cláusulas generales y Certificados Individuales del Contrato de Seguro, siempre que se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento.

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

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

En caso que la Suma Asegurada contratada exceda el importe del Saldo Insoluto, al momento de ocurrir el Evento, el remanente será pagado a los Beneficiarios Predeterminados, conforme a los términos y

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

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

Cualquier declaración o trámite relacionado con tu seguro o para solicitar copia de algún documento relacionado con el mismo, podrá realizarse en nuestras oficinas ubicadas Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México o al teléfono **800 953 0424, de lunes a viernes de 09:00 a 21:00 horas**. Haremos entrega de todos aquellos documentos que contengan los derechos y obligaciones relacionados con el seguro, mismos que se contienen en este documento y en las condiciones generales.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0104-0255-2023/ CONDUSEF-006206-01 del RECAS.”

Aviso de Privacidad Simplificado

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

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

DATOS DEL CONTRATANTE

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

CARACTERISTICAS DEL GRUPO ASEGURADO

Grupo Asegurado y sus características:
Relación de las personas integrantes con el Contratante:
Territorio cubierto:
Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de 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 SOLICITADAS

Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada o regla para determinarla	Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada o regla para determinarla
Fallecimiento		Desempleo Involuntario	
Invalidez Total y Permanente		Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal	

Periodo de cobertura solicitado:

DATOS DE LA PRIMA

Pago de Prima a cargo del:	Porcentaje de participación del Asegurado:
Medio de Pago:	Moneda: Pesos, moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos. Periodicidad de Pago:

Con la firma del presente documento otorgo mi consentimiento para recibir la documentación contractual del Contrato de Seguro:

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

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

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

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

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0104-0255-2023/CONDUSEF-006206-01 del RECAS”

Aviso de Privacidad Simplificado

En cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., (“Cardif”), con domicilio en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa a la persona que 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 integral, ingresando a www.cardif.com.mx