



**BNP PARIBAS
CARDIF**

PLENITUD SCOTIABANK

CONDICIONES GENERALES

**1.CONDICIONES GENERALES DE SEGURO
INDIVIDUAL DE GASTOS FUNERARIOS**

**2.CONDICIONES GENERALES DE
SEGURO DE MODIFICACIONES AL HOGAR
A CAUSA DE INVALIDEZ TOTAL Y
PERMANENTE**

**3.CONDICIONES GENERALES
DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA**

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

Paseo de las Palmas, piso mezzanine, Col. Lomas de Chapultpec,
C.P. 11000, México, Ciudad de México.

Tel: 01 800 801 24 02. www.bnpparibascardif.com.mx



**BNP PARIBAS
CARDIF**

SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS FUNERARIOS

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro
CNSF-S0104-0375-2018 / CONDUSEF-003344-03 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).

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.
Paseo de las Palmas, piso mezzanine, Col. Lomas de Chapultpec,
C.P. 11000, México, Ciudad de México.
Tel: 01 800 801 24 02. www.bnpparibascardif.com.mx

CONTENIDO:

Seguro Individual de Gastos Funerarios.....	6
1. Definiciones.....	6
2. Coberturas.....	10
2.1 Cobertura básica de gastos funerarios.....	10
2.1.1 Descripción de la cobertura.....	10
2.1.2 Exclusiones.....	10
2.1.3 Documentos para comprobar el fallecimiento del Asegurado.....	11
2.2 Cobertura adicional por muerte accidental.....	12
2.2.1 Descripción de la cobertura.....	12
2.2.2 Exclusiones.....	12
2.2.3 Documentos para comprobar la muerte accidental del Asegurado.....	14
2.3 Cobertura adicional de invalidez total y permanente por accidente o por accidente o enfermedad.....	14
2.3.1 Descripción de la cobertura.....	15
2.3.2 Exclusiones.....	16
2.3.3 Periodo de espera.....	18
2.3.4 Periodo de Carencia.....	18
2.3.5 Documentos para comprobar la invalidez Total y Permanente.....	18
2.4 Cobertura adicional de indemnización diaria por hospitalización por accidente o por accidente o enfermedad.....	19
2.4.1 Descripción de la cobertura.....	19
2.4.2 Periodo de Carencia.....	20
2.4.3 Periodo de Espera.....	20
2.4.4 Exclusiones.....	20
2.4.5 Documentos para la comprobación de la hospitalización.....	22

2.5 Cobertura adicional de ayuda de hospitalización por accidente o por accidente o enfermedad.....	22
2.5.1 Descripción de la cobertura.....	22
2.5.2 Periodo de Carencia.....	23
2.5.3 Periodo de Espera.....	23
2.5.4 Exclusiones.....	23
2.5.5 Documentos para la comprobación de la hospitalización.....	24
2.6 Cobertura adicional de rotura de huesos.....	25
2.6.1 Descripción de la cobertura.....	25
2.6.2 Exclusiones.....	26
2.6.3 Documentos para la comprobación de rotura de huesos.....	26
3. Condiciones Generales aplicables a todas las coberturas.....	27
3.1 Edad.....	27
3.2 Prima.....	29
3.3 Vigencia.....	30
3.4 Cancelación Automática.....	30
3.5 Renovación.....	30
3.6 Pago de la suma Asegurada.....	31
3.7 Beneficiarios.....	31
3.8 Terminación Anticipada del contrato del seguro.....	33
3.9 Aviso de Ocurrencia del Evento.....	33
3.10 indemnización.....	33
3.11 Interés moratorio.....	33
3.12 Prescripción.....	37
3.13 Competencia.....	38
3.14 Rectificaciones y modificaciones.....	39
3.15 Comunicaciones.....	39
3.16 Comisión o compensación directa.....	40
3.17 Moneda.....	40

3.18 Omisión e inexactas declaraciones.....	40
3.19 Carencia de restricciones.....	40
3.20 Entrega de documentación contractual.....	40
3.21 Datos personales.....	42
3.22 Agravación del riesgo.....	42
3.23 Cláusula de Residencia y Límite de Territorialidad.....	44

SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS FUNERARIOS

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:

1. DEFINICIONES

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

ACCIDENTE: Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o la muerte del Asegurado.

ASEGURADO: Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza respecto a las coberturas que se especifiquen como amparadas en la Carátula de la Póliza.

BENEFICIARIO: La persona física y/o moral indicada en la carátula de la Póliza que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro y que para algunas coberturas será el propio Asegurado.

COMPAÑÍA: Significa **CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V.**

CONTRATANTE: La persona física o moral responsable de realizar el pago de la prima. Para efectos de este contrato se entiende que el Contratante es el mismo Asegurado, salvo que en la carátula se especifique lo contrario.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud del Asegurado por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.

EVENTO: La ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

EXCLUSIONES: Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: La fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.

HOSPITAL: Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios y médicos.

INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; 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.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES: Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:

- Se haya declarado su existencia; o
- Se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
- Sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico

legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la 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 Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un médico especialista certificado que elija dentro de los previamente designados por la Compañía para un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el médico especialista certificado designado por el Asegurado y la Compañía, quienes deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se 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.

PERÍODO DE CARENCIA: El lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual se paga la Prima correspondiente, pero no se reciben los

beneficios respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro.

Es decir, si llegare a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Período de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente. En caso de ser aplicable, el Período de Carencia será el establecido en la carátula de la póliza.

PERÍODO DE ESPERA: El lapso de tiempo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el evento, para que proceda el pago de la cobertura respectiva. El Período de Espera aplicable, será el establecido en la carátula de la póliza.

PERIODO DE GRACIA: Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

PÓLIZA Y/O CONTRATO: Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo el comprobante del pago de la prima, las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.

Práctica profesional de cualquier deporte: dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se reciba cualquier tipo de retribución.

PRIMA: La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante (de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza) a la Compañía en la forma y términos convenidos, para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del período de vigencia del mismo.

La Prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

SUMAASEGURADA: La cantidad máxima indicada en la carátula de la póliza, en cada cobertura, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.

URGENCIA MÉDICA: Es todo problema médico-quirúrgico agudo, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

2. COBERTURAS

2.1. COBERTURA BÁSICA DE GASTOS FUNERARIOS

2.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de que durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallezca, la Compañía pagará, como apoyo para solventar los Gastos Funerarios al Beneficiario designado por el Asegurado señalado en la Carátula de la Póliza, una Suma Asegurada fija que se especificará en la carátula de la póliza.

Esta cobertura no excederá en ningún caso de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza.

2.1.2. Exclusiones

Previo pacto entre la Compañía y el Contratante, la Cobertura Básica por Gastos Funerarios, aplicará con cualquiera de las siguientes opciones, lo cual se hará constar en la Carátula de la Póliza:

Opción	Exclusión(es)
Sin Exclusiones	Para esta cobertura no hay exclusiones
Suicidio 12 meses	Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia de la Póliza, contados a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la misma, sin importar el estado mental del Asegurado.
Suicidio 24 meses	Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia de la Póliza, contados a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la misma, sin importar el estado mental del Asegurado.

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. Copia certificada del acta de defunción;
3. Copia del certificado de defunción;
4. Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
5. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
6. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);

7. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del(los) Beneficiario(s), presentar original (para cotejo) y copia.

2.2 COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Esta cobertura opera cuando se contrate expresamente y se especifique en la Carátula de la Póliza.

2.2.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, la Compañía pagará, adicionalmente, al Beneficiario designado por el Asegurado, la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

Se entenderá como fallecimiento inmediato, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

No se consideran como Accidentes, los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.

Esta cobertura no excederá en ningún caso de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza.

2.2.2. Exclusiones

El pago de la indemnización por esta cobertura, no procederá si la muerte del Asegurado, es consecuencia de lo siguiente:

a) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;

b) Por la participación directa 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 terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.

c) Por contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.

d) Por cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.

e) Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.

f) Por la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.

g) Al encontrarse en vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares.

h) Como consecuencia de un Accidente de tránsito del que las autoridades no hayan tenido conocimiento.

i) Suicidio

2.2.3. Documentos para comprobar la Muerte Accidental 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. Copia certificada del acta de defunción;
3. Copia del certificado de defunción;
4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, incluyendo estudios de alcoholemia y toxicología.
5. Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
6. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
7. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);
8. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del(los) Beneficiario(s), presentar original (para cotejo) y copia.

2.3. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, O POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Esta cobertura opera cuando se contrate expresamente y se especifique en la Carátula de la Póliza.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

- a) Aquella condición del Asegurado de carácter

permanente, que se manifiesta durante la vigencia de la Póliza, derivada de un accidente o enfermedad y permanezca de forma continua durante un periodo de espera que se especificará en la carátula de la póliza, que impida al Asegurado desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con sus conocimientos, aptitudes o posición social y por consiguiente no se procure la totalidad de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez; o

b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, de ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no será necesario que transcurra el periodo de espera arriba indicado.

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

Pérdida de una mano: Su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

2.3.1. Descripción de la Cobertura

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente, o de un accidente o enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la póliza, durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al mismo o a los beneficiarios, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y que se estipula en dicha carátula. En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de una Enfermedad, aplicará un periodo de carencia que se especificará en la carátula de la póliza.

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente a

causa de un accidente, o de un accidente o enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la póliza, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro.

Para determinar este estado, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado de “Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente”, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, que no sean familiares del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar dicha invalidez total y permanente. En caso de controversia dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad de Medicina del Trabajo 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 presente contrato de seguro.

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

2.3.2. Exclusiones

La Compañía no pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de:

- a) Intento de suicidio del Asegurado.**
- b) Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación**

mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante cualquier procedimiento quirúrgico, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.

c) Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.

d) Participación directa 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 o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.

e) Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.

f) El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.

g) Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador, o actos relacionados con los anteriores.

h) La participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.

i) Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética,

realizada a voluntad del Asegurado o cirugías elegidas voluntariamente por el Asegurado.

j) Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

k) Padecimientos preexistentes, en los términos definidos.

2.3.3. Periodo de Espera

Para esta cobertura aplica un Periodo de espera el cual se indica en la carátula de la póliza, y será contado a partir de la Fecha en que se origine la Invalidez Total y Permanente.

2.3.4. Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la carátula de la póliza, y será contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la póliza. Este periodo no aplica cuando la Invalidez Total y Permanente sea a consecuencia de un accidente.

2.3.5. Documentos para comprobar la Invalidez Total y Permanente

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

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. Dictamen Médico que acredite la Invalidez Total y Permanente, emitido por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen

Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, emitido por alguna institución de seguridad social.

3. Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude a comprobar la Invalidez Total y Permanente.

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

5. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario;

6. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario, presentar original (para cotejo) y copia.

2.4. COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Esta cobertura opera cuando se contrate expresamente y se especifique en la Carátula de la Póliza.

2.4.1. Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, una vez que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza, si éste es internado en un Hospital a causa de un Accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza, que sufra durante la vigencia de la Póliza y limitándose al período máximo de días por evento que se especificará en la carátula de la póliza correspondiente.

El período máximo de cobertura corresponderá al número de días especificado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización.

No obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de un mismo Accidente o Enfermedad cubiertos, éstas serán consideradas como continuación de las anteriores y se continuarán pagando hasta por un periodo de doce (12) meses, contado a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización o hasta que se agote el período máximo de días por evento, lo que ocurra primero.

2.4.2. Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de carencia el cual se indica en la carátula de la póliza. Este período de carencia no aplicará si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente o por una Urgencia Médica.

2.4.3. Periodo de Espera

La indemnización diaria por Hospitalización por Accidente o por Accidente o Enfermedad del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza, contado a partir de que tenga lugar el Evento. Este periodo aplica sólo cuando se trate de hospitalización por enfermedad.

2.4.4. Exclusiones

La Compañía no pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si la Hospitalización es consecuencia de:

- a) Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos.**
- b) Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio**
- c) Hospitalización derivada de actos voluntarios**

del Asegurado, como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).

d) Hospitalización derivada de culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.

e) Hospitalización derivada de la participación directa del Asegurado en conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no)

f) Hospitalización derivada de contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.

g) Hospitalización derivada de cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.

h) Hospitalización como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.

i) Hospitalización derivada de la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.

j) Hospitalización derivada de procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.

k) Hospitalización derivada de Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.

2.4.5. Documentos para la Comprobación de la Hospitalización

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Copia certificada del acta de nacimiento de la Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
4. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital.
5. Resumen del expediente médico o clínico que señale padecimientos y tiempos de evolución.
6. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario;
7. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario, presentar original (para cotejo) y copia.

2.5. COBERTURA ADICIONAL DE AYUDA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Esta cobertura opera cuando se contrate expresamente y se especifique en la Carátula de la Póliza.

2.5.1. Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza por vigencia anual, si el asegurado, una vez

que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza, se encuentra internado en un Hospital, a causa de un Accidente o Enfermedad, según aparezca contratado en la carátula de la Póliza.

La suma asegurada para este beneficio sólo se reinstalará hasta la renovación de la póliza.

2.5.2. Periodo de Carencia

Para esta cobertura aplica un Periodo de carencia el cual se indica en la carátula de la póliza. Este período de carencia no aplicará si la hospitalización ocurre a consecuencia de un Accidente o por una Urgencia Médica.

2.5.3. Periodo de Espera

La indemnización por esta cobertura se pagará después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la carátula de la póliza, contado a partir de que tenga lugar el Evento. Este periodo aplica sólo cuando se trate de una hospitalización por enfermedad.

2.5.4. Exclusiones

La Compañía no pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si la Hospitalización es consecuencia de:

- a) Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos.**
- b) Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio**
- c) Hospitalización derivada de actos voluntarios del Asegurado, como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- d) Hospitalización derivada de culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes,**

depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.

e) Hospitalización derivada de la participación directa del Asegurado en conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no)

f) Hospitalización derivada de contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.

g) Hospitalización derivada de cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.

h) Hospitalización como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.

i) Hospitalización derivada de la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.

j) Hospitalización derivada de procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.

k) Hospitalización derivada de Esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.

2.5.5. Documentos para la Comprobación de la Hospitalización

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

1. Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Copia certificada del acta de nacimiento de la Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
3. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación

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

4. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital.

5. Resumen del expediente médico o clínico que señale padecimientos y tiempos de evolución.

6. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario;

7. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario, presentar original (para cotejo) y copia.

2.6. COBERTURA ADICIONAL DE ROTURA DE HUESOS

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado expresamente según lo especificado en la carátula de la póliza.

2.6.1. Descripción de la Cobertura

Si el Asegurado llegara a fracturarse uno o varios huesos de los indicados a continuación por causa de un accidente, la Compañía pagará, con un máximo de número de eventos indicado en la carátula de la póliza, la suma asegurada especificada en la carátula de esta póliza por evento.

- Fémur
- Cadera
- Pelvis
- Columna Vertebral
- Torso
- Cráneo
- Mandíbula
- Hombro
- Omóplato
- Codo
- Húmero
- Rodilla
- Costillas

2.6.2. Exclusiones

El pago de la cobertura no procederá por:

- a) Fracturas debidas u ocasionadas por el desgaste natural de los huesos.**
- b) Fracturas patológicas que se presentan en personas sanas con alguna enfermedad de base que causa debilitamiento de la estructura ósea.**
- c) Fracturas provocadas por fuerzas repetitivas, ocasionadas por actividades o deportes tales como correr, jugar tenis y otro tipo de actividad similar, siempre y cuando se practiquen de forma profesional.**
- d) Fracturas de huesos en dedos de las manos y pies, manos, pies, antebrazos, cúbito y radio, muñecas, así como tobillos, tibia y peroné.**

2.6.3. Documentos para la comprobación de Rotura de Huesos

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

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 INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Estudios de imagen y gabinete con interpretación en donde se confirme la rotura del hueso.
4. Los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio o cualquier aclaración relacionada con éstos, en el que se especifique el tipo de fractura, tratamiento y evolución del mismo. Tratándose de los informes médicos, estos deberán estar firmados y emitidos por un Médico o Especialista que

cuenta con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, emitido por alguna institución de seguridad social.

5. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario;

6. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario, presentar original (para cotejo) y copia.

3.CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

3.1.Edad.

Para efectos de esta póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza y las subsecuentes renovaciones.

La edad mínima de contratación, la edad máxima de contratación y la edad máxima de renovación, son las que se indican en la carátula de la póliza.

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

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza;

- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;

- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;

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

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

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

3.2. Prima

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

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

La Prima vence en la Fecha de celebración del contrato de seguro. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma fraccionada, los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un período de gracia para liquidarla, el cual se mencionará en la carátula de la póliza y en caso de no pactarse, se entenderá que dicho periodo será de 30 (treinta) días naturales. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el período de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

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

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la carátula de la póliza.

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

3.3. Vigencia.

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

3.4. Cancelación automática.

La Póliza se cancelará automáticamente por las siguientes causas:

- En el aniversario inmediato posterior a la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro; y
- Por falta de pago de Primas, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido.

3.5. Renovación

Una vez transcurrido el período de vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovar el Contrato

de Seguro en forma automática mediante endosos, hasta el aniversario en que el Asegurado alcance la edad especificada en la carátula de la póliza para este efecto, o bien, que éste manifieste su voluntad de no continuar con la póliza, prorrogando su vigencia bajo los mismos términos y condiciones en las que fue contratado, sin requisitos de asegurabilidad, los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado y tampoco las edades límite.

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.

3.6. Pago de la Suma Asegurada

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

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

3.7. Beneficiarios

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

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

Cambio de Beneficiarios.

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

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

“Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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.”

3.8. Terminación Anticipada del Contrato de Seguro

El Asegurado podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso de cancelación, la Compañía tendrá derecho a la Prima que corresponda al período durante el cual estuvo en vigor el Contrato de Seguro, devolviendo en su caso la prima de tarifa no devengada a la fecha de terminación del contrato, menos el costo de adquisición incluido 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.

3.9. Aviso de Ocurrencia del Evento

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

3.10. Indemnización

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

3.11. Interés moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el

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

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

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

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

II.- Cuando la obligación principal se 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 establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

3.12. Prescripción

Las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

3.14. Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

3.15. Comunicaciones.

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

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la carátula de la póliza, 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.

3.16. Comisión o Compensación Directa

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

3.17. Moneda

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

3.18. Omisión e Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

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

3.19. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

3.20. Entrega de Documentación Contractual

En caso de que este seguro se haya contratado a través de un

prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102 primer párrafo y 103, fracciones I y II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas o vía telefónica, internet u otros medios electrónicos y cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, 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 usó 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 01 800 801 24 02; 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.

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberán comunicarse al teléfono en la Ciudad de México y el resto de la República, 01 800 801 24 02. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza no será renovada, o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

3.21. 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.

3.22. 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 de 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).**

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier

autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de 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.

3.23 Cláusula de Residencia y Límite de Territorialidad

Cláusula de residencia.

Este Seguro se contrata con mexicanos que residen habitualmente en el país; o con extranjeros con la calidad legal de residentes y que

tengan, por lo menos, 6 meses residiendo en el país, sin importar su nacionalidad.

Cláusula de límite territorial.

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

“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 de 11 de Septiembre de 2018, con el número CNSF-S0104-0375-2018. Con condiciones CGEN-S0104-0001-2019 de fecha 07 de enero de 2019.”

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía la cual se encuentra ubicada en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas, o al correo electrónico une@cardif.com.mx, o visite www.bnpparibascardif.com.mx; o bien comuníquese a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.”

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S 0104-0375-2018 / CONDUSEF-003344-03 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).

* RECAS. Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF

** CONDUSEF. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

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 Paseo de las Palmas 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 en la 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, apeándonos 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 lo contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico [*] o marcando al número 01800 522 7343 en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 18:00 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 01 (55) 2282 2000 Extensión 2931 en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 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 número 01 800 801 24 02 en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 18:00 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.

Centro de atención a clientes:
01 800 801 2402

Seguro operado por:





**BNP PARIBAS
CARDIF**

SEGURO DE MODIFICACIONES AL HOGAR A CAUSA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro
CNSF-S0105-0499-2018 /CONDUSEF-003452-02 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)

Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V.
Paseo de las Palmas, piso mezzanine, Col. Lomas de Chapultpec,
C.P. 11000, México, Ciudad de México.
Tel: 01 800 801 24 02. www.bnpparibascardif.com.mx

CONTENIDO:

Seguro de modificaciones al hogar a causa de invalidez total y permanente.....	4
1. Definiciones.....	4
2. Cobertura de reembolso de modificaciones al hogar a causa de invalidez total y permanente.....	5
2.1 Descripción de la cobertura.....	5
2.2 Exclusiones.....	6
2.3 Documentos para comprobar gastos.....	6
3. Condiciones Generales.....	7
3.1 Prima.....	7
3.2 Vigencia.....	8
3.3 Cancelación Automática.....	8
3.4 Renovación.....	8
3.5 Terminación Anticipada del contrato del seguro.....	9
3.6 Aviso de Ocurrencia del Evento.....	9
3.7 Indemnización.....	10
3.8 Interés moratorio.....	10
3.9 Prescripción.....	14
3.10 Competencia.....	14
3.11 Rectificaciones y modificaciones.....	15
3.12 Comunicaciones.....	15
3.13 Comunicación o compensación directa.....	16
3.14 Moneda.....	16
3.15 Pérdida del Derecho a ser indemnizado.....	16
3.16 Entrega de documentación contractual.....	16
3.17 Datos personales.....	18
3.18 Agravación del riesgo.....	18
3.19 Cláusulas de Residencia y Límite de Territorialidad.....	20

SEGURO DE MODIFICACIONES AL HOGAR A CAUSA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CARDIF MÉXICO SEGUROS GENERALES, S.A. DE C.V., en adelante la Compañía, emite la presente Póliza 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:

1. DEFINICIONES

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

Asegurado: Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza y que se especifica en la Carátula de la Póliza.

Compañía: Significa **Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V.**

Contratante: Es la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro y tiene a su cargo el pago de las primas correspondientes.

Evento: La ocurrencia del riesgo amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

Exclusiones: Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas.

Fecha de Inicio de Vigencia: La fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.

Periodo de Gracia: Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

Póliza y/o Contrato: Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo el comprobante del pago de la prima, las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.

Prima: La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante (de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza) a la Compañía en la forma y términos convenidos, para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del período de vigencia del mismo.

La Prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Suma Asegurada: La cantidad máxima indicada en la carátula de la póliza, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.

2. COBERTURA DE REEMBOLSO DE MODIFICACIONES AL HOGAR A CAUSA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

2.1 Descripción de la Cobertura

En caso de que durante la vigencia de esta póliza el Asegurado, a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente ocurrida también dentro de dicha vigencia, tenga que realizar modificaciones o ajustes en su hogar para mejorar su calidad de vida y facilitar su cuidado y movilidad, la Compañía reembolsará la cantidad pagada

por el Asegurado por los gastos incurridos en la compra de los materiales de dichas adaptaciones y un 20% del costo de dichos materiales, de acuerdo con las facturas presentadas, por concepto de los honorarios por los trabajos realizados para llevar a cabo las adaptaciones, teniendo como limite la suma de ambos conceptos la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

La cobertura cubrirá, de manera enunciativa más no limitativa, los gastos realizados para colocar y adquirir: Rampas, pisos antiderrapantes, barras de acero, apagadores tipo braille, alarmas contra incendio, elevadores, rieles de movimiento, camas ortopédicas, puertas, protecciones en paredes y ventanas, sensores de movimiento, focos luminiscentes, honorarios por la instalación, entre otras, con el objetivo de tener un espacio totalmente adecuado a las necesidades del asegurado y elevar su calidad de vida dentro de su hogar.

Para tener derecho a la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza para esta cobertura, el Asegurado deberá presentar a la Compañía pruebas de los gastos incurridos, tales como: facturas de compra que cumplan con los requisitos fiscales.

2.2 Exclusiones

La Compañía no reembolsará los gastos incurridos por esta cobertura en los siguientes casos:

- a) Adaptaciones que no se realicen en el domicilio el asegurado.**
- b) Aparatos para transportación del asegurado fuera de su hogar.**
- c) Tanques de oxígeno.**

2.3 Documentos para comprobar los gastos

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

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.
3. Facturas de los gastos incurridos para la compra de materiales por modificaciones al hogar por Invalidez, que cumplan con los requisitos fiscales.
4. Dictamen Médico que acredite la Invalidez Total y Permanente, emitido por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, emitido por alguna institución de seguridad social.

3. CONDICIONES GENERALES

3.1 Prima

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

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

La Prima vence en la fecha de celebración del contrato de seguro. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma fraccionada, los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un período de gracia para liquidarla, el cual se mencionará en la carátula de la póliza y en caso de no pactarse, se entenderá que dicho periodo será de 30 (treinta) días naturales. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el período de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente

en caso de que la Prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados, como lo prevé el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la carátula de la póliza.

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

3.2 Vigencia.

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

3.3 Cancelación automática.

La Póliza se cancelará automáticamente por la siguiente causa:

- Por falta de pago de Primas, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido.

3.4 Renovación

La Póliza será renovada automáticamente por períodos de igual duración al originalmente contratado, si dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia del período, alguna de las partes no

da aviso por escrito a la otra que es su voluntad no renovarlo.

En cada renovación se aplicarán las condiciones generales y primas vigentes al momento de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de la prima acreditado con el recibo correspondiente, el estado de cuenta o el comprobante que refleje su cargo a la cuenta del Asegurado, se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de las partes para llevar a cabo la renovación.

3.5 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro

El Asegurado podrá dar por terminado el contrato mediante notificación por escrito a la Compañía, la cual tendrá derecho a la prima que corresponda al periodo durante el cual estuvo en vigor la póliza, devolviendo en su caso, la prima no devengada menos los gastos de adquisición.

La Compañía podrá dar por terminado el presente Contrato en cualquier momento, mediante notificación por escrito al Asegurado en el último domicilio que de éste tenga registrado, debiendo realizar la devolución de la prima no devengada menos los gastos de adquisición a más tardar al hacer dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. La terminación surtirá efectos a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se efectúe la notificación al Asegurado.

3.6 Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado tenga 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 gozará de un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

3.7 Indemnización

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

3.8 Interés moratorio

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

“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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 establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

IX.- *Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le 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.”

3.9 Prescripción

Las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

3.10 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

3.11 Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

3.12 Comunicaciones.

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

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la carátula de la póliza, 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.

3.13 Comisión o Compensación Directa

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

3.14 Moneda

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

3.15 Pérdida del Derecho a ser indemnizado

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en los siguientes casos:

- 1) Si hubiere en el siniestro culpa grave, dolo o mala fe del Asegurado.**
- 2) Si el Asegurado o sus representantes omiten el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben las circunstancias de su realización.**
- 3) Si el Asegurado o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le remitan en tiempo la documentación que la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el siniestro.**

3.16 Entrega de Documentación Contractual

En caso de que este seguro se haya contratado a través de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102 primer

párrafo y 103, fracciones I y II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas o vía telefónica, internet u otros medios electrónicos y cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, 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 usó 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 **01 800 801 24 02**; 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.

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberán comunicarse al teléfono 01 800 801 24 02 en la Ciudad de México y resto de la

República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza no será renovada, o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

3.17 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.

3.18 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 de 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).**

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido

en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de 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.

3.19 Cláusulas de Residencia y Límite de Territorialidad

CLÁUSULA DE RESIDENCIA.

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

CLÁUSULA DE LÍMITE TERRITORIAL.

Esta Póliza ha sido contratada en territorio nacional, para cubrir riesgos que ocurran y sean reclamados dentro del mismo y conforme a los tribunales y la legislación de los Estados Unidos Mexicanos; el pago de la suma asegurada o indemnización que, en su caso, deba

realizar LA ASEGURADORA, se efectuará en moneda nacional y en territorio nacional.

La limitación territorial se podrá ampliar mediante convenio expreso para cubrir siniestros que ocurran en el extranjero siempre y cuando esta extensión de cobertura quede expresamente asentada en la Carátula y/o Condiciones Generales y/o Endosos.

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0105-0499-2018/CONDUSEF-003452-02 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).

*RECAS. Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF

** CONDUSEF. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

“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 05 de Octubre de 2018, con el número CNSF-S0105-0499-2018 modificadas con la Cláusula General CGEN-S0105-0004-2019 de fecha 7 de enero de 2019.”

“Para cualquier atención de un siniestro, queja, aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía la cual se encuentra ubicada en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30

a 21:00 horas, o al correo electrónico une@cardif.com.mx o visite www.bnpparibascardif.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 01 800 999 8080 o correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

Aviso de Privacidad para Clientes

Cardif México Seguros Generales, 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 Paseo de las Palmas 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 en la 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 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 01 (55) 2282 2000 Extensión 2931 en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 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 01 (55) 2282 2000 Extensión 2931 en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 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 número 01 (55) 2282 2000 Extensión 2931 en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 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.

Última modificación: 30 de Junio de 2018

Centro de atención a clientes:

01 800 801 2402

Seguro operado por:



ESCOTEL Especialistas en Contacto Telefónico SA de CV

CONDICIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Asistencia Médica

Estos servicios son proporcionados por ESCOTEL – Especialistas en Contacto Telefónico, en caso de requerir alguno de estos servicios comuníquese al 01 800 999 1449 lada sin costo.

Asistencia Médica – Scotiabank – Cardif

DEFINICIONES:

Beneficiario: Para efectos de este seguro se entenderá como Beneficiario a la persona cuyo nombre y domicilio aparecen en la Carátula de la Póliza.

Carátula de la póliza: Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

INTRODUCCIÓN

ESCOTEL Asistencia (ESCOTEL – Especialistas en Contacto Telefónico S.A. de C.V.) brindará las coberturas de Asistencia Médica que a continuación se indican, a través de Prestadores de Servicio Especializados y con base en las siguientes condiciones.

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

1. CONSULTORÍA MÉDICA TELEFÓNICA.

Cobertura

A solicitud del Beneficiario, el Comité Médico de ESCOTEL Asistencia brindará asistencia telefónica sobre cuáles son las medidas que se deben tomar ante problemas menores (situaciones no consideradas como emergencia), síntomas, molestias o dudas.

El servicio de orientación médica telefónica también incluye brindar información sobre: Planificación Familiar, Educación Sexual, Vacunaciones, Uso de medicamentos (farmacéutica y efectos secundarios), Prevención de automedicación,

Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia, Interpretación de exámenes de laboratorio. El Comité Médico proporcionará información general acerca de salud pública y privada, medidas sanitarias y de control de enfermedades.

Límites

El Comité Médico no emitirá un diagnóstico. Sólo a solicitud expresa del Beneficiario y con cargo para él mismo, se proporcionarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea enviando a un médico al domicilio o concertando una cita en un centro hospitalario que será pagado por el usuario.

Este servicio se brinda las 24 horas del día y los 7 días de la semana y no tiene límites de cobertura ni frecuencia.

Exclusiones

- En ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico o se medicará al Beneficiario.
- Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.

2. ORIENTACIÓN EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA

Cobertura

Asistencia psicológica telefónica para el Beneficiario que solicite asesoría para problemas como: violencia intrafamiliar, uso de drogas, ruptura familiar, crisis emocional, bullying, pérdida de empleo, entre otros.

Límites

Esta es una asesoría telefónica y su uso no tiene restricción de frecuencia, ni de tiempo. El horario de atención para este servicio es de 8:00 a 20:00 horas de lunes a sábado.

Exclusiones

- En ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico o se medicará al Beneficiario
- Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.

3. ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE**Cobertura**

Cuando el Beneficiario solicite el envío de una ambulancia terrestre a causa de un accidente o enfermedad grave que sea catalogado como emergencia (Asunto o situación imprevistos que requieren una especial atención) y un médico del Comité Médico de ESCOTEL avale la solicitud, ESCOTEL Asistencia gestionará y pagará el envío de una ambulancia terrestre para el traslado al centro hospitalario público o privado más cercano y/o adecuado requerido por el Beneficiario.

Límites

Este servicio se proporciona las 24 horas del día y los 365 días del año, hasta 1 (un) evento por año.

Exclusiones

- En ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico o se medicará al Beneficiario
- Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de

declaraciones.

- Este beneficio no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo; aunque podrá brindarse con costo preferencial a cargo del Beneficiario.

4. RED DE MÉDICOS

Cobertura

ESCOTEL Asistencia proporcionará al Beneficiario, referencias de médicos, clínicas, hospitales y laboratorios a nivel nacional con costo preferencial.

Límites

Todos los gastos que se originen de este servicio serán a cargo del Beneficiario y ESCOTEL Asistencia no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de los médicos referidos.

El Comité Médico de ESCOTEL Asistencia podrá concertar una cita con un médico o un centro hospitalario, en caso de accidente y/o enfermedad, previa solicitud del usuario y con cargo a éste.

Este servicio se brinda las 24 horas del día y los 7 días de la semana y no tiene límites de cobertura ni frecuencia.

Exclusiones

- En ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico o se medicará al Beneficiario
- Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones

5. APLICACIÓN DE INYECCIONES

Cobertura

A solicitud del Beneficiario, ESCOTEL Asistencia gestionará y pagará la aplicación de inyecciones para tratamientos de primer cuidado de salud, a través de los Prestadores de Servicio calificados que se encuentren en su Red al momento de la solicitud.

Límites

Quedan cubiertas hasta 10 (diez) aplicaciones por año.

El Beneficiario deberá proporcionar material, medicamentos y cualquier insumo que sea requerido por el Médico para la correcta aplicación del medicamento.

El Beneficiario deberá firmar una responsiva para poder recibir el servicio.

Exclusiones

- En ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico o se medicará al Beneficiario
- Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones
- Solo se aplicarán medicamentos que sean legales y que estén sustentados con prescripción médica.

6. ASISTENCIA FUNERARIA

Cobertura

En caso de presentarse el fallecimiento del Beneficiario, ESCOTEL Asistencia proporcionará orientación telefónica (24 horas del día) para coordinar el Servicio Funerario los cuales serán cubiertos por ESCOTEL Asistencia, que incluye lo siguiente.:

a) Servicios Funerarios para Inhumación

- Recolección del Cuerpo.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación que corresponda.
- Servicio de Tanatoestética - Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial.
- Ataúd Metálico Básico.
- Uso de sala de velación por 24 horas o Préstamo de equipo para velación en domicilio.
- Traslado del cuerpo al cementerio.

b) Servicios Funerarios con Cremación

- Recolección del Cuerpo.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación que corresponda.
- Servicio de Tanatoestética - Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial.
- Ataúd metálico básico.
- Uso de sala de velación por 24 horas o Préstamo de equipo para velación en domicilio.
- Traslado del cuerpo al cementerio.
- Cremación
- Urna de madera básica.

Esta cobertura tiene un límite de hasta \$20,000 pesos, cualquier excedente será cubierto por el beneficiario.

Exclusiones de la Asistencia Funeraria:

1. No aplica reembolso ni pago a proveedores no asignados por ESCOTEL Asistencia.
2. Se cubre embalsamamiento cuando sea requerido por ley.
3. No incluye nichos ni fosa.
4. Los costos o servicios adicionales, a lo establecido en el presente servicio de asistencia, son responsabilidad de la persona que los solicite, quedando

excluido el pago, reembolso o responsabilidad por éstos.

5. El servicio de asistencia no se proporcionará en situaciones de guerra, declaradas en estado de emergencia, huelgas, invasión, o donde las condiciones internas no permitan la prestación de dichos servicios.

6. Cuando el representante del Beneficiario fallecido no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia.

EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

1. Cuando exista abuso o dolo en el uso de los servicios proporcionados.
2. ESCOTEL Asistencia no procesará solicitud alguna que se considere:
3. Virtualmente imposible o no viable.
4. Para fines de lucro, reventa, servicios profesionales o comerciales.
5. Sujeto de riesgo o de fuentes ilegales.
6. Una violación a la privacidad de otra persona.
7. Que infringe cualquier ley nacional o internacional.
8. Inmoral o falta de ética.
9. Cuando la información proporcionada por el Beneficiario sea apócrifa.
10. En las localidades que, por su situación geográfica, económica o política no cuenten con servicios de

ambulancia, ESCOTEL Asistencia hará su mejor esfuerzo para enviar el servicio desde el poblado más cercano que tenga disponibilidad.

CONDICIONES GENERALES – ASISTENCIA MÉDICA – SCOTIABANK – CARDIF
marzo 2019 – ESCOTEL – Especialistas en Contacto Telefónico S.A. de C.V.