



# SEGURO DE VIDA Y AYUDA PARA GASTOS MÉDICOS

## CONDICIONES GENERALES

Este seguro cuenta con el número de registro  
**PPAQ-S0104-0079-2019/ CONDUSEF-004070-01** del RECAS  
(Registro de Contratos de Adhesión de Seguros en CONDUSEF)

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

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

Tel: 800 801 24 02. [www.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)



**CONTENIDO:**

**SEGURO DE VIDA Y AYUDA PARA GASTOS MÉDICOS.....5**

**1.DEFINICIONES.....5**

**2.COBERTURAS.....9**

    2.1 INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.....9

        2.1.1 Descripción de la Cobertura.....9

        2.1.2 Periodo de Carencia .....10

        2.1.3 Periodo de Hospitalización.....10

        2.1.4 Exclusiones .....10

        2.1.5 Documentos para la Comprobación de la Hospitalización.....11

**2.2 FRACTURA DE HUESOS.....11**

        2.2.1 Descripción de la Cobertura.....11

        2.2.2 Exclusiones.....11

        2.2.3 Documentos para la Comprobación de Fractura de Huesos .....12

**2.3 CIRUGÍA.....12**

        2.3.1 Descripción de la Cobertura.....12

        2.3.2 Definición de Cirugía.....13

        2.3.3 Periodo de Carencia.....13

        2.3.4 Exclusiones .....13

        2.3.5 Documentos para la Comprobación de la Cirugía.....14

    2.4 Enfermedades Graves.....14

        2.4.1 Descripción de la Cobertura.....14

**A) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE CÁNCER.....15**

**B) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE INFARTO AL MIOCARDIO.....16**

**C) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR.....16**

**D) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....17**

    2.4.2 Periodo de Carencia.....17

**2.5 SEGURO SALDADO POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR A CAUSA DE ENFERMEDAD GRAVE.....17**

        2.5.1 Descripción de la Cobertura.....18

        2.5.2 Periodo de Carencia.....18

        2.5.3 Exclusión.....18

        2.5.4 Documentos para comprobar el Fallecimiento.....18

**2.6 AYUDA POR GASTOS FUNERARIOS.....18**

        2.6.1 Descripción de la cobertura.....18

        2.6.2 Exclusiones .....19

        2.6.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento.....19

**3.CLÁUSULAS APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.....20**

3.1	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	20
3.2	PERIODO DE COBERTURA.....	20
3.3	FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.....	20
3.4	AVISO DE SINIESTRO.....	20
3.5	EDADES DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN.....	20
3.6	PRIMAS.....	21
3.7	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	22
3.8	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO .....	23
3.9	MONEDA DEL CONTRATO.....	23
3.10	NOTIFICACIONES.....	23
3.11	PRESCRIPCIÓN .....	23
3.12	RENOVACIÓN.....	24
3.13	COMPETENCIA.....	24
3.14	INTERÉS MORATORIO.....	24
3.15	REHABILITACIÓN .....	27
3.16	REPOSICIÓN DE PÓLIZA.....	27
3.17	INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES .....	27
3.18	TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN.....	27
3.19	TERRITORIALIDAD.....	28
3.20	RESIDENCIA .....	28
3.21	ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	28
3.22	DATOS PERSONALES .....	29
3.23	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS .....	29
3.24	AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	32
3.25	OMISIONES, FALSAS E INEXACTAS DECLARACIONES.....	33

## SEGURO DE VIDA Y AYUDA PARA GASTOS MÉDICOS

**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. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el 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 Póliza. Para efectos de este seguro podrán ser considerados Asegurados, el Asegurado Titular y sus Dependientes, siempre y cuando se encuentren señalados en la Carátula de Póliza.

**Asegurado Titular:** Es el Asegurado mayor de edad que contrata la Póliza y quien es responsable de la veracidad de la información solicitada en el Contrato de Seguro.

**Beneficiario:** La persona física, que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro y que para algunas coberturas será el propio Asegurado.

**Carátula de Póliza:** Es el documento que contiene la información y datos correspondientes a: (i) el (los) Asegurado (s), (ii) la Prima, (iii) la vigencia del Contrato de Seguro; (iv) los límites aplicables a cada una de las coberturas y (v) cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar el Contrato de Seguro

**Compañía o Aseguradora:** **Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.**

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

**Contratante:** La persona física responsable de realizar el pago de la prima. Para efectos de este contrato se entiende que el Contratante es el Asegurado Titular, salvo que en la Carátula de Póliza se especifique lo contrario.

**Deducible:** Es la participación del Asegurado en el monto de la reclamación.

**Dependientes:** Serán considerados como Dependientes del Asegurado Titular: (i) el cónyuge o concubino (a) y (ii) los hijos legalmente reconocidos que sean menores de veinticinco años de edad. Una vez que estos últimos cumplan la edad antes indicada, dejarán de formar parte de la Póliza correspondiente, pudiendo éstos contratar una Póliza nueva como Asegurado Titular, en cuyo caso, la Compañía le reconocerá la antigüedad generada.

**Diagnóstico:** Es el dictamen sobre el padecimiento o condición del Asegurado, ocurrido durante la Vigencia de la Póliza que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y que cuente con cédula profesional vigente emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad, apoyándose para ello en elementos como: evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

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

**Enfermedad:** Es la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa que por lo general requiere de tratamiento médico o quirúrgico y que se encuentre amparada mediante esta Póliza.

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

**Enfermedades Graves:** Para efectos de este Contrato de Seguros, se entenderán por Enfermedades Graves, única y exclusivamente las siguientes:

- **Accidente Cerebro-Vascular:** Es una interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro causando una alteración súbita en las funciones cerebrales. Hay dos tipos principales de accidente cerebro vascular: accidente cerebro vascular isquémico y accidente cerebro vascular hemorrágico.
- **Cáncer:** Es un crecimiento descontrolado de tejido, producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.

- **Esclerosis Múltiple:** Es una enfermedad del sistema nervioso que afecta al cerebro y la médula espinal. Lesiona la vaina de mielina que es el material que rodea y protege las células nerviosas. La lesión hace más lentos o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo dejando al paciente incapacitado para la vida y la función.

- **Infarto al Miocardio:** La muerte o daño a una parte del músculo del corazón debido a un suministro insuficiente de sangre. Los Eventos isquémicos cardíacos agudos ocurren cuando en una de las arterias coronarias se bloquea el suministro de sangre al músculo del corazón. El bloqueo es causado generalmente por una acumulación de placa (depósitos de sustancias grasas), debido a la aterosclerosis. Si un depósito de placa se rompe, un coágulo de sangre puede formarse y bloquear la arteria completamente, causando un infarto cardíaco. A estos Eventos isquémicos cardíacos agudos también se les conoce como trombosis coronaria u oclusión coronaria.

**Evento:** Cada una de las Enfermedades y/o Accidentes cubiertos por la Póliza que sean ocurridos durante su Vigencia.

**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:** Es la fecha que aparece en la Carátula de Póliza, en la cual inicia la Vigencia del presente Contrato de Seguro.

**Fecha de Término de Vigencia:** Fecha en la cual concluye la protección del Contrato de Seguro, estipulada en la Carátula de la Póliza.

**Fractura de Huesos:** Discontinuidad en los huesos a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Para fines de este Contrato de Seguro, las fracturas de las falanges de un mismo dedo (mano o pie) se consideran una sola fractura.

**Hospital, Clínica o Sanatorio:** Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados. Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

**Hospitalización:** Es la permanencia del Asegurado durante un periodo de horas o días continuos en una Clínica, Hospital o Sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una Enfermedad o Accidente. Inicia con el ingreso del Asegurado al Hospital y concluye con el alta del mismo, que otorga el Médico tratante.

**Ley:** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**Médico:** Es la persona física legalmente autorizada para ejercer la medicina y que cuenta con cédula profesional vigente, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

**Padecimientos Preexistentes:** Se entienden por Padecimientos Preexistentes aquellos que previamente a la celebración del Contrato de Seguro:

- Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico en que 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.
- El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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 del mismo 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.

**Periodo 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 éste o el Beneficiario, según corresponda, no tienen derecho al pago de la indemnización correspondiente. En caso de ser aplicable, el Periodo de Carencia será el establecido en la Carátula de Póliza.

El Periodo de Carencia para los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la Vigencia de la Póliza, se contará a partir de su nacimiento, siempre y cuando dicho acontecimiento sea notificado a la Compañía. Respecto a los hijos nacidos fuera de dicha Vigencia y demás Asegurados, el periodo se contabilizará a partir de la fecha de ingreso del Asegurado a 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. El Periodo de Gracia será el establecido en la Carátula de Póliza.



**Periodo de Hospitalización:** significa el plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el Evento, durante el cual el Asegurado deberá mantenerse hospitalizado para que proceda el pago de la cobertura respectiva, en caso de ser procedente. El Período de Hospitalización, en caso de aplicar, será el establecido en la Carátula de Póliza.

**Póliza y/o Contrato de Seguro:** Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre la Compañía y el Contratante y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo el comprobante del pago de la Prima, estas condiciones generales, la Carátula de Póliza, en su caso, 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, no se considerará como práctica profesional a las actividades de recreación o practicadas de forma amateur o hobby.

**Prima:** La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante a la Compañía en la forma y términos convenidos en la Carátula de Póliza, 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:** Es la cantidad y/o responsabilidad máxima establecida en la Carátula de Póliza para cada una de las coberturas que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura de este Contrato de Seguro.

**Vigencia:** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la Carátula de Póliza.

**Urgencia Médica:** Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

## **2. COBERTURAS**

### **2.1 INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.**

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

#### **2.1.1 Descripción de la Cobertura**

Una vez transcurrido el Periodo de Carencia, si a causa de una Enfermedad o Accidente (según aparezca contratado en la Carátula de Póliza) ocurrido dentro de la Vigencia, y por el cual el Asegurado requiera Hospitalización, por al menos el Periodo de Hospitalización indicado en la Carátula de Póliza, la Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición, de acuerdo con los términos y condiciones de este Contrato de Seguro, la Suma Asegurada por Evento que se especifica para este beneficio en la Carátula de Póliza.

Esta cobertura sólo será aplicable hasta por el número de Eventos señalados en la Carátula de Póliza.

En el supuesto de fallecimiento del Asegurado Titular, se determina como persona autorizada predeterminada con el objeto de cobrar saldos pendientes a favor del Asegurado Titular derivados de esta cobertura al cónyuge o concubina(o) del Asegurado Titular, en ausencia de éste, será(n) el(los)hijo(s) del Asegurado Titular mayor de 18 (dieciocho) años.

En caso de fallecimiento de alguno o todos los Dependientes, cuando estos tengan la calidad de Asegurados y aparezcan como tal en la Carátula de Póliza, el Asegurado Titular podrá cobrar el saldo pendiente que se derive por esta cobertura.

### **2.1.2 Periodo de Carencia**

Para el caso de Enfermedad, deberá transcurrir el Periodo de Carencia especificado en la Carátula de Póliza, contado a partir de la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza. Dicho periodo no aplicará en el caso de Accidentes ni Urgencias Médicas, ni en el caso de las renovaciones.

### **2.1.3 Periodo de Hospitalización**

El beneficio derivado de esta cobertura comenzará su aplicación después de transcurrido el lapso de tiempo indicado en la Carátula de Póliza, durante dicho periodo, el Asegurado deberá encontrarse internado de manera continua para ser acreedor al pago de la cobertura.

### **2.1.4 Exclusiones**

**Esta cobertura no cubre por Hospitalización derivada de:**

- a) **Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos.**
- b) **Embarazo, parto y/o aborto, excepto si este último fue ocasionado por un Accidente.**
- c) **Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio.**
- d) **Actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a si mismo (en cualquier estado mental).**
- e) **Culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando estos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- f) **Conmoción civil, terrorismo, disturbios, insurrección o cualquier acto secundario de una guerra (sea declarada o no), siempre y cuando el Asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en dichos actos.**
- g) **Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- h) **Cualquier propiedad radioactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**
- i) **La participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
- j) **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.**
- k) **Procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.**
- l) **Cualquier Hospitalización no prescrita por un Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.**
- m) **Esterilización, inseminación artificial, investigación / Diagnóstico y tratamiento de infertilidad.**
- n) **Hospitalización para fines científicos o de prueba.**

### **2.1.5 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:

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) 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;
- c) Constancia hospitalaria que indique fecha y hora de ingreso y egreso del Hospital, Clínica o Sanatorio.
- d) Resumen del expediente médico o clínico proporcionado por el Hospital y que señale padecimiento(s) y tiempos de evolución.
- e) Informe médico firmado.
- f) En caso de ser aplicable, resultado de exámenes de laboratorio e imagen realizados durante su Hospitalización.

## **2.2 FRACTURA DE HUESOS**

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado y se especifique expresamente en la Carátula de Póliza.

### **2.2.1 Descripción de la Cobertura**

La Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición, de acuerdo con los términos y condiciones de este Contrato, la Suma Asegurada que se especifica en la Carátula de Póliza por cada hueso fracturado, si el Asegurado sufriera una o más fracturas ocurridas dentro de la Vigencia de la Póliza.

Si existen dos o más fracturas en un solo Evento, se pagará una indemnización por cada hueso fracturado, pero hasta el límite de número de huesos señalados en la Carátula de Póliza por Evento.

Para fines de este Contrato de Seguro, en caso de que en un mismo Evento existan fracturas de varias falanges de un mismo dedo, todas ellas se considerarán como una sola fractura.

Esta cobertura sólo será aplicable hasta por el número de Eventos señalados en la Carátula de Póliza.

### **2.2.2 Exclusiones**

**Las indemnizaciones cubiertas por esta cobertura no surtirán efecto cuando la causa que da origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:**

- a) **Fracturas que se presenten en el Asegurado que haya sido diagnosticado con alguno de los siguientes padecimientos antes de contratar su Póliza de seguro:**
  - **Osteogénesis imperfecta**
  - **Osteomalacia**
  - **Osteomielitis aguda**
  - **Osteoporosis**
  - **Displasia fibrosa ósea**
  - **Artritis reumatoide**

- b) Fracturas ocurridas antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.
- c) Fracturas ocurridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos y psicodélicos, excepto cuando estos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- d) Fracturas ocurridas ante cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria. Accidentes que se desarrollen por esta causa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e) Fracturas a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.
- f) Fracturas que el Asegurado sufra a consecuencia de la Práctica profesional de cualquier deporte.
- g) Fracturas que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- h) Fracturas que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto u ocupante de algún vehículo utilizado en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- i) Fracturas que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.
- j) Fracturas de nariz.

### **2.2.3 Documentos para la Comprobación de Fractura de Huesos**

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

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) 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;
- c) Informe médico firmado;
- d) Estudios de imagen y gabinete con interpretación en donde se confirme la Fractura de Hueso

## **2.3 CIRUGÍA**

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado y especificado expresamente en la Carátula de Póliza.

### **2.3.1 Descripción de la Cobertura**

Una vez que haya transcurrido el Periodo de Carencia señalado en la Carátula de Póliza, la Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición y de acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza, la Suma Asegurada que se especifica para este beneficio en la carátula de la misma, si por motivo de atención médica a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, ocurrido y/o diagnosticado durante la Vigencia de la Póliza, el Asegurado requiriese una intervención quirúrgica.

En el supuesto de fallecimiento del Asegurado Titular, se determina como persona autorizada predeterminada con el objeto de cobrar saldos pendientes a favor del Asegurado Titular derivados de esta cobertura al cónyuge o concubina(o) del Asegurado Titular, en ausencia de éste, será(n) el(los) hijo(s) del Asegurado Titular mayor de 18 (dieciocho) años.

En caso de fallecimiento de alguno o todos los Dependientes, cuando estos tengan la calidad de Asegurados y aparezcan como tal en la Carátula de Póliza, el Asegurado Titular podrá cobrar el saldo pendiente que se derive por esta cobertura.

### **2.3.2 Definición de Cirugía**

Procedimiento por el cual un Médico certificado realiza una incisión para maniobrar mecánicamente con las estructuras anatómicas, con el objeto de corregir una patología diagnosticada, o bien, con la intención de preservar la funcionalidad de un órgano; para restaurar o mantener la integridad física del Asegurado y que requiera el uso de una sala de quirófano. Se excluye de esta definición cualquier caso en el que el objetivo sea exclusivamente de naturaleza estética (exceptuando cuando sea a consecuencia de Accidente) o de control de la natalidad o tratamiento de fertilidad.

### **2.3.3 Periodo de Carencia**

Para el caso de Enfermedad, deberá transcurrir el Periodo de Carencia especificado en la Carátula de Póliza, contado a partir de la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza. Dicho periodo no aplicará en el caso de Accidentes ni Urgencias Médicas, ni en el caso de las renovaciones.

### **2.3.4 Exclusiones**

**El presente contrato de seguro no pagará indemnizaciones por Cirugías que se originen a consecuencia de:**

- a) Intervenciones Quirúrgicas derivadas de Padecimientos Preexistentes y/o sus complicaciones a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.**
- b) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria o Enfermedades que se desarrollen por esta causa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- c) Enfermedades o lesiones que sufra el Asegurado encontrándose bajo la influencia de drogas, narcótica o alucinógena, no prescritas por un Médico.**
- d) Impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- e) Intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, prevención y control de la infección por VIH/SIDA.**
- f) Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.**
- g) Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la Práctica profesional de cualquier deporte.**
- h) Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- i) Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto u ocupante de algún vehículo utilizado en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- j) Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.**
- k) Padecimientos Congénitos cuyos síntomas o signos hayan sido diagnosticados previamente a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.**
- l) Tratamientos con fines preventivos.**

- m) Intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, excepto cuando sean a causa de un Accidente ocurrido en la Vigencia del seguro.
- n) Procedimientos Voluntarios y/o experimentales.
- o) Legrados.
- p) Intervenciones quirúrgicas relacionadas con la maternidad, control de la natalidad o tratamiento de fertilidad.
- q) Cirugías Maxilofaciales que se requieran por cualquier causa que no sea un Accidente ocurrido en la Vigencia del seguro.
- r) Cualquier Intervención Quirúrgica en presencia de VIH/SIDA.
- s) Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.

### **2.3.5 Documentos para la Comprobación de la Cirugía**

Para hacer efectivo el pago del beneficio por la cobertura de cirugía, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione.
- b) 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;
- c) Informe médico firmado.
- d) Copia de la factura hospitalaria donde se indique la fecha de ingreso y la fecha de egreso con el nombre del Asegurado. En caso de no contar con copia de la factura hospitalaria, documento oficial expedido por el Hospital donde se cite la fecha de ingreso, la fecha de egreso y nombre del Asegurado.
- e) Nota operatoria
- f) Resultado de los estudios realizados que soporten la cirugía.

## **2.4 ENFERMEDADES GRAVES**

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado y se especifique expresamente en la Carátula de Póliza.

### **2.4.1 Descripción de la Cobertura**

Cuando el Asegurado, durante la Vigencia de la Póliza, sea diagnosticado por primera vez con alguna de las Enfermedades Graves descritas más adelante y que aparezcan como amparadas dentro de esta cobertura en la Carátula de Póliza, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada, en el entendido de que el Médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

En el supuesto de fallecimiento del Asegurado Titular, se determina como persona autorizada predeterminada con el objeto de cobrar saldos pendientes a favor del Asegurado Titular derivados de esta cobertura al cónyuge o concubina(o) del Asegurado Titular, en ausencia de éste, será(n) el(los)hijo(s) del Asegurado Titular mayor de 18 (dieciocho) años.

En caso de fallecimiento de alguno o todos los Dependientes, cuando estos tengan la calidad de Asegurados y aparezcan como tal en la Carátula de Póliza, el Asegurado Titular podrá cobrar el saldo pendiente que se derive por esta cobertura



Esta cobertura sólo será aplicable hasta por el número de Eventos señalados en la Carátula de Póliza.

#### **A) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE CÁNCER.**

La presente cobertura no ampara:

- a) Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo, en los términos en que se definen Padecimientos Preexistentes;
- b) Lesiones descritas como carcinoma in situ, entendiéndose por este: un crecimiento descontrolado de tejidos normales que forman un tumor y no presenta la propagación de células invasivas y destructivas desde el sitio de origen hasta sitios distantes. Su extirpación o remoción reduce el riesgo de una progresión tumoral que derive en una afectación a la salud del paciente;
- c) Cáncer que sea diagnosticado por un Médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Diagnóstico de cáncer;
- d) Infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor), si al momento de una crisis, el Asegurado tenía síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la prueba sanguínea;
- e) Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;
- f) Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;
- g) Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y
- h) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.

Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- a) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como benignos, pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical (Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) ), NIC-1: displasia leve; NIC-2: displasia moderada y NIC-3: displasia severa-carcinoma in situ; y
- b) Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

**I. Documentos para la Comprobación del Cáncer**

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. Resumen del expediente clínico o informe médico detallado con Diagnóstico y tratamiento, el cual deberá estar emitido por un Médico especialista en Oncología.
4. Estudio histopatológico, histológico, informe del Médico patólogo o reporte de estudio que compruebe mediante cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen la presencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos.

**B) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE INFARTO AL MIOCARDIO.**

La insuficiencia cardiaca, insuficiencia de cualquier válvula cardiaca (tricúspideas, mitral, pulmonar y aórtica), dolor torácico no cardiaco, angina estable e inestable, choque cardiogénico, bloqueo completo o incompleto de rama, arritmias cardiacas, fibrilación (auricular y ventricular), miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no se consideran, para efectos de esta cobertura, infarto al miocardio y, por lo tanto, no están cubiertas. El infarto del miocardio que ocurre dentro de los 14 días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas Q en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca mostrados en los imágenes cardiacas 30 días después del procedimiento coronario.

**I. Documentos para la Comprobación del Infarto al Miocardio**

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. Resumen del expediente clínico o informe médico detallado con Diagnóstico y tratamiento, el cual deberá estar emitido por un Médico especialista en Cardiología.
4. Comprobar los nuevos cambios a consecuencia de la Enfermedad amparada mediante los exámenes denominados Electrocardiograma, Troponina "I", Enzimas Cardiacas, Ecocardiograma y Pruebas Funcionales.

**C) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR**

Los siguientes padecimientos se encuentran excluidos:

- **Ataques Isquémicos Transitorios (AIT).**
- **Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.**



- **Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.**
- **Trastornos isquémicos del sistema vestibular.**
- **Embolia cerebral silenciosa asintomática encontrada en estudios de imágenes.**
- **Vasculitis cerebral.**

## **I. Documentos para la Comprobación del Accidente Cerebro-Vascular**

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. Resumen del expediente clínico o informe médico detallado con Diagnóstico y tratamiento, el cual deberá estar emitido por un Médico especialista en Neurología.
4. Comprobar la presencia de la Enfermedad amparada mediante los exámenes denominados Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética o Angiografía Cerebral.

## **D) EXCLUSIONES APLICABLES A LA ENFERMEDAD GRAVE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

**Se excluyen otras causas de daño neurológico como Lupus Eritematoso Sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.**

### **I. Documentos para la Comprobación del Esclerosis Múltiple**

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. Resumen del expediente clínico o informe médico detallado con Diagnóstico y tratamiento, el cual deberá estar emitido por un Médico especialista en Neurología. Además, el Diagnóstico debe indicar el deterioro de la función motora (relativa al movimiento) o sensitiva (relativa a la sensibilidad) y también deberá señalar la presencia de síntomas persistentes por un período mínimo y continuo de 6 meses.
4. Comprobar la Enfermedad amparada mediante los exámenes denominados Imagen de Resonancia Magnética y Líquido Cefalorraquídeo.

#### **2.4.2 Periodo de Carencia**

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia, el cual se indica en la Carátula de Póliza y será contado a partir de la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza.

#### **2.5 SEGURO SALDADO POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR A CAUSA DE ENFERMEDAD GRAVE**

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado y especificado expresamente en la Carátula de Póliza.

### **2.5.1 Descripción de la Cobertura**

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular debido a, o como consecuencia de, alguna de las Enfermedades Graves que aparezcan como amparadas dentro de esta cobertura, en la Carátula de Póliza, la Compañía, sin más pago de prima, mantendrá en vigor las coberturas contratadas para los Dependientes indicados en la Carátula de Póliza por el tiempo de Vigencia que reste, siempre y cuando el Asegurado Titular haya asegurado al menos a un Dependiente dentro de la misma Póliza.

### **2.5.2 Periodo de Carencia**

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la Carátula de Póliza y será contado a partir de la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza.

### **2.5.3 Exclusión**

**Mediante esta cobertura no se cubrirá el fallecimiento que no haya sido causado por alguna de las Enfermedades Graves que aparezcan como amparadas dentro de la Carátula de Póliza.**

### **2.5.4 Documentos para comprobar el Fallecimiento**

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

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original o copia certificada del acta de defunción en donde quede asentado que la causa de la defunción se debió a, o como consecuencia de, alguna de las Enfermedades Graves amparadas;
- c) Copia del certificado de defunción en donde quede asentado que la causa de la defunción se debió a, o como consecuencia de, alguna de las Enfermedades Graves amparadas;
- d) Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado Titular;

## **2.6 AYUDA POR GASTOS FUNERARIOS**

Esta cobertura aplica cuando se hubiere contratado y especificado expresamente en la Carátula de Póliza.

### **2.6.1 Descripción de la cobertura**

En caso de que durante la Vigencia de la Póliza, el Asegurado Titular fallezca, la Compañía pagará al (los) Beneficiario(s), la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza para esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura, se determina como Beneficiario predeterminado del Asegurado Titular al cónyuge o concubina(o) del Asegurado Titular, en ausencia de éste, serán los hijos del Asegurado Titular por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado Titular por partes iguales.

Cuando no exista beneficiario predeterminado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado Titular.

En cualquier momento el Asegurado Titular mediante escrito podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra;

para este efecto, el Asegurado Titular hará una notificación por escrito a la Compañía, expresando con claridad el (los) nombre(s) del (los) nuevo(s) Beneficiario(s), indicando el porcentaje que les corresponde a cada uno de ellos, mencionando si la designación es revocable o irrevocable. Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (los) Beneficiario(s). En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe del seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

En caso de fallecimiento de alguno o todos los Asegurados distintos al Asegurado Titular, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada en la Carátula de Póliza para esta cobertura aplicable a cada uno de ellos, y sólo a falta de éste, se pagará a la sucesión legal del (los) Asegurado(s).

Para el caso de fallecimiento de hijos menores de 12 años, el monto máximo a indemnizar no podrá ser mayor a 60 UMAS (Unidad de Medida y Actualización diaria) vigente a la fecha del fallecimiento, misma que puede consultarse en la página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, lo anterior, solo aplica en caso de que la Suma Asegurada contratada sea mayor a dicha cantidad.

### 2.6.2 Exclusiones

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

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

### 2.6.3 Documentos para comprobar el Fallecimiento

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

- a) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original o copia certificada del acta de defunción.
- c) Copia del certificado de defunción.
- d) Copia certificada del acta de nacimiento, si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
- e) 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;
- f) En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);

### **3. CLÁUSULAS APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS**

#### **3.1 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

Esta Póliza podrá ser modificada mediante consentimiento previo y por escrito de las partes Contratantes y haciéndose constar mediante Endoso en términos de la legislación aplicable.

#### **3.2 PERIODO DE COBERTURA**

La cobertura de este seguro iniciará y terminará a las 12:00 horas de las fechas señaladas en la Carátula de Póliza respectivamente. Asimismo, el seguro también podrá terminar al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) A la muerte del Asegurado, excepto en el caso de que se hubiere contratado la cobertura de Seguro Saldado por Fallecimiento del Asegurado Titular a causa de Enfermedad Grave.
- b) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación, no proceda ésta, por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación que se señala en las cláusulas del presente Contrato.
- c) Por falta de pago de la Prima correspondiente a la Póliza, habiendo transcurrido el Periodo de Gracia.

#### **3.3 FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA**

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a esta Póliza, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites especificados en la Carátula de 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, las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

#### **3.4 AVISO DE SINIESTRO**

Se deberá avisar por escrito a la Compañía de la ocurrencia de cualquier riesgo amparado por esta Póliza, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

#### **3.5 EDADES DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN**

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos a 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 Póliza.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la edad real en la fecha de su contratación,

se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la Prima de tarifa no devengada a la fecha de rescisión del contrato, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la Prima de tarifa correspondiente.

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 pague 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 Carátula de 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.

### **3.6 PRIMAS**

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

La Prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un Periodo de Gracia que se encuentra especificado en la Carátula de Póliza, en caso de no establecer un Periodo de Gracia se contará con 30 (treinta) días naturales para liquidarla. En caso de la realización del siniestro (Evento) durante el Periodo 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 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 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, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante y/o al Asegurado, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el Periodo de Gracia a que se refiere el segundo párrafo de esta cláusula.

### **3.7 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Para la cobertura de Fallecimiento a Causa de Enfermedad Grave el Asegurado Titular debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

En cualquier momento el Asegurado Titular mediante escrito podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, sin importar si la designación fue predeterminada conforme al presente documento o si fueron designados directamente por el Asegurado Titular, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra; para este efecto, el Asegurado Titular hará una notificación por escrito a la Compañía, expresando con claridad el (los) nombre(s) del (los) nuevo(s) Beneficiario(s), indicando el porcentaje que les corresponde a cada uno de ellos, mencionando si la designación es revocable o irrevocable. Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (los) Beneficiario(s). En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe del seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

La designación irrevocable se hará constar forzosamente en la Póliza y será el único medio de prueba.

Cuando existan varios Beneficiarios, al fallecer alguno de ellos su porción acrecentará la de los demás en partes iguales, a menos que el Asegurado Titular haya dispuesto otra cosa.

#### **“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 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO**

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el Asegurado y/o Beneficiario deben proporcionar a la Compañía toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad o Accidente, salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo proporcionarla tan pronto desaparezca el impedimento.

Se perderá todo derecho al beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

### **3.9 MONEDA DEL CONTRATO**

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante, Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en la moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

En caso de que el Asegurado haya realizado pagos en moneda extranjera, la Compañía los reembolsará en el equivalente en moneda nacional conforme al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera dentro de los Estados Unidos Mexicanos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectuó el pago.

### **3.10 NOTIFICACIONES**

Cualquier comunicación a la Compañía derivada o relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse por escrito precisamente en su domicilio indicado en la Carátula de Póliza.

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

Los requerimientos y comunicaciones que se deban hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del cual la Compañía tenga conocimiento.

### **3.11 PRESCRIPCIÓN**

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

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

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

### **3.12 RENOVACIÓN**

La Póliza será emitida con Vigencia anual o por periodos menores, de acuerdo a lo especificado en la Carátula de Póliza. Transcurrido este período, la Compañía podrá proceder a renovar la misma, hasta el aniversario en que el Asegurado alcance la edad especificada en la Carátula de Póliza para este efecto, salvo que el Asegurado manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura, cuando menos 20 días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad y no se modificarán los límites de edad.

**La Prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada en ese momento para la edad correspondiente, la cual se dará a conocer al Asegurado, con al menos 20 días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, en el entendido de que el Periodo de Carencia no será modificado y, en caso de modificación, las condiciones serán congruentes con las originalmente contratadas.**

El pago de la Prima acreditado mediante las formas usuales de la Compañía se tendrá como prueba suficiente de la voluntad de las partes para llevar a cabo la renovación de la Póliza.

### **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 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 las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

### **3.14 INTERÉS MORATORIO**

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**VII.-** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora 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.”*

### **3.15 REHABILITACIÓN**

En el caso que este Contrato de Seguro se cancele por falta de pago de primas, el Asegurado podrá solicitar su rehabilitación por escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia, debiendo pagar la Prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

La Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la Vigencia de la Póliza originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y rehabilitación vigentes. En ningún caso la Compañía cubrirá siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la fecha indicada por la Compañía como rehabilitación de la Póliza.

### **3.16 REPOSICIÓN DE PÓLIZA**

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el Asegurado Titular podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el Asegurado, en el domicilio de la Compañía.

Los gastos correspondientes serán por cuenta del Asegurado.

### **3.17 INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES**

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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

### **3.18 TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN**

Esta Póliza será cancelada sin necesidad de notificación o declaración judicial y sin obligación posterior para la Compañía, si el Contratante no paga la Prima respectiva dentro del Periodo de Gracia señalado en la Carátula de Póliza, cesando los efectos del contrato a las 12:00 horas del último día del Periodo de Gracia.

El Asegurado podrá dar por terminado el contrato en cualquier momento al presentar a la Compañía un documento escrito en el cual solicite la terminación de la Póliza. En este caso, la Compañía devolverá la Prima de tarifa no devengada a la fecha de terminación del contrato, menos el costo de adquisición y administración incluidos en la Prima de tarifa correspondiente, a los diez días hábiles posteriores a haber recibido la solicitud de cancelación, por escrito, del Asegurado a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo.

### **3.19 TERRITORIALIDAD**

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

### **3.20 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.

### **3.21 ENTREGA DE LA 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 se obliga a entregar al Contratante y/o Asegurado, la Póliza y demás documentos en donde consten los derechos y obligaciones que les derivan a las partes de este Contrato de Seguro, a través de cualquiera de los siguientes medios:

- De manera personal, al momento de contratar este seguro;
- Por envío a domicilio, por los medios que la Compañía considere convenientes para tales efectos; o
- A través del correo electrónico del Contratante y/o Asegurado, 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 punto uno, y en los casos de los puntos dos y tres, resguardará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no recibiere los documentos a que se refiere el primer párrafo de esta cláusula, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a haber contratado la Póliza, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 800 801 2402; para que a elección del Contratante y/o Asegurado, la Compañía le haga llegar la documentación, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Contratante y/o Asegurado deberá comunicarse al teléfono 800 801 2402 en la Ciudad de México y para el 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.

### **3.22 DATOS PERSONALES**

Para la ejecución del objeto del presente contrato, las partes se obligan a cumplir con lo establecido en la **LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES**, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010, así como a sus reformas posteriores, y/o cualquier ley posterior que la supla.

### **3.23 USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS**

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

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

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

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

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

1. Consulta de oferta y características de seguros (productos) por parte del usuario.
2. Registro de usuarios.
3. Contratación, solicitud, aceptación o emisión de Endosos del Contrato de Seguro.
4. Renovación del Contrato de Seguro.
5. Alta y modificación del medio de notificación al Contratante y/o Asegurado, conforme a los medios previstos en la Cláusula de Entrega de Documentación Contractual.
6. Modificación de Contraseñas o identificadores de usuarios por parte del Contratante y/o Asegurado.
7. Pago de los productos por parte del usuario.
8. Envío de documentación contractual al correo electrónico del usuario.
9. Descarga de documentación contractual por parte del usuario.
10. Modificación de datos personales por parte del usuario.
11. Alta y baja de coberturas, Asegurados o Beneficiarios.
12. Cancelación del Contrato de Seguro.
13. Otorgar su consentimiento de tratamiento de sus datos personales y datos personales sensibles, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
14. Ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición del tratamiento de sus datos personales, de conformidad con lo establecido en el aviso de privacidad.

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

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

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

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

**Sesión:** Periodo durante el cual los Usuarios podrán llevar a cabo operaciones, una vez que hayan ingresado al servicio de operaciones electrónicas con su identificador de usuario.

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

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

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

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

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

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

El Contratante y/o Asegurado reconoce y acepta en este acto que la información que llegare a recibir de la Compañía, a través de correo electrónico, así como el contenido de dichos correos electrónicos



producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

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

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

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

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

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

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

### **IV. Mecanismo de Cancelación**

La cancelación del Contrato de Seguro se podrá realizar a través de Medios Electrónicos, y una vez que se haya confirmado la acción de cancelación, la Compañía devolverá la Prima pagada no devengada disminuida de los gastos de adquisición correspondiente, 10 días hábiles posteriores a que se haya registrado la solicitud de cancelación, lo cual se hará mediante transferencia electrónica de fondos.

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

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

- No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en riesgo la confidencialidad de la información;
- Instalar en su computadora personal, software anti-spyware y anti-virus, así como mantenerlos actualizados; y
- Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico. Queda entendido que la Compañía nunca solicitará al Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.
- No compartir las claves de acceso con persona alguna, utilice claves diferentes para cada uno de los medios electrónicos que utilice y escoja claves que resulten difíciles de adivinar para un tercero.
- Memorizar las claves de acceso o mantenerlas en un lugar seguro, nunca llevarlas con uno.

### **3.24 AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

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

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

**(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

“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 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.

### **3.25 OMISIONES, FALSAS E INEXACTAS DECLARACIONES**

El Contratante y/o el Asegurado al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes que se le pregunten que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión, falsa o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

**“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 Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de diciembre de 2019, con el número PPAQ-S0104-0079-2019”**

“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 55-4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 21:00 horas, o al correo electrónico [une@cardif.com.mx](mailto:une@cardif.com.mx) o visite [www.bnpparibascardif.com.mx](http://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 800 999 8080 o correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef).

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

### **Aviso de Privacidad**

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

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

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

Paseo de las Palmas, piso Mezanine, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, Ciudad de México.

Tel: 800 801 24 02. [www.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)

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

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

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

**CONSENTIMIENTO:** En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y dentro de los 5 días hábiles siguientes, al no manifestarse en contrario, usted acepta que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo, acepta que el uso abarque cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades secundarias antes mencionadas. Lo anterior, ya sea que sus datos personales hubieren sido proporcionados o llegaren a ser proporcionados directamente por usted o a través de agentes, promotores comisionistas, socios comerciales, prestadores de servicios o cualquier otro tercero y hayan sido éstos obtenidos por cualquier medio, ya sea electrónico, óptico, sonoro, audiovisual, o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que Cardif llegue a contar. En caso de que usted nos llegare a proporcionar datos personales de terceros, usted se obliga en este acto a informar a dichos terceros a cerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible. En caso de querer manifestarse en contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx) o marcando al número 800 522 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](mailto:datospersonales@cardif.com.mx) donde Cardif le enviará el formato requerido para hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico
- (3) Enviar un escrito/solicitud libre dirigido al Oficial de Privacidad, al siguiente correo [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx)
- (4) Para dudas contactarnos vía telefónica al número (55) 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 800 522 7343 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 Usuario (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.

## BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIAS EN GASTOS MÉDICOS Y VIDA

Este seguro cuenta con el número de registro BADI-S0104-0038-2018 /G-01151-001 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).

## Contenido

BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIAS EN GASTOS MÉDICOS Y VIDA .....	40
1. DEFINICIONES .....	40
2. SERVICIOS DE ASISTENCIA .....	42
2.1 Orientación Médica Telefónica .....	42
2.2 Orientación Psicológica Telefónica .....	42
2.3 Orientación Nutricional Telefónica .....	43
2.4 Servicio de Ambulancia Terrestre .....	43
2.5 Servicio de Consulta con Médico General a Domicilio .....	44
2.6 Referencias de Servicios Médicos (Hospitales, Médicos y Laboratorios) con Concierge Médico ... .....	44
2.7 Servicio de Asistencia Funeraria .....	45
2.8 Servicios de Laboratorio .....	46
2.9 Asistencia Dental Básica .....	46
2.10 Servicio de Health Coach .....	47
2.11 Atención a Emergencias Dentales .....	48
3. DISPOSICIONES GENERALES .....	50
4. EXCLUSIONES .....	51



## BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIAS EN GASTOS MÉDICOS Y VIDA

En caso de contratarse y aparecer expresamente en la carátula de la Póliza, el contrato de seguro podrá incluir cualquiera de los servicios de asistencia señalados a continuación, mismos que serán prestados por la Compañía a través de los prestadores de servicios con los cuales la Compañía ha celebrado un contrato.

Los servicios señalados deberán solicitarse de manera oportuna vía telefónica al Prestador de Servicios mientras el seguro se encuentre vigente.

La Compañía será responsable frente a los Usuarios de los servicios de asistencia prestados por el Prestador de Servicios autorizado para brindarlos.

### 1. DEFINICIONES

En adición a las definiciones contenidas en las condiciones generales del seguro al cual se agrega este beneficio, también aplicarán las siguientes:

**Concierge Médico:** la persona física que, vía telefónica, se encargará de coordinar las citas médicas entre los Usuarios y los proveedores de la red que éstos elijan.

**Consulta Dental:** la entrevista entre el Usuario y el odontólogo de la Red Médica Odontológica, a fin de lograr un diagnóstico y en su caso un tratamiento, mismo que será indicado en la historia clínica, para la recuperación o mantenimiento de la salud bucal.

**Enfermedad no Grave:** aquellas Enfermedades o padecimientos del Usuario que: (i) no sean consideradas como emergencias médicas y/o (ii) no pongan en peligro la vida, la integridad física o la viabilidad de alguno de los órganos del Usuario.

**Equipo Médico:** el conjunto de Médicos y/o Médicos Especialistas con los que cuenta el Prestador de Servicios, para brindar el servicio de atención telefónica médica.

**Limpieza Dental:** el procedimiento consiste en quitar el sarro y manchas que están en los dientes o debajo de las encías.

**Llamadas Inbound:** las llamadas telefónicas que el Usuario realiza al número de teléfono otorgado por la Compañía.

**Llamadas Outbound:** las llamadas telefónicas que realiza el Equipo Médico a los Usuarios.

**Médico Especialista:** el Médico certificado en alguna rama de la medicina de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud.



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

**Nutriólogo:** el profesional de la salud capacitado para realizar la evaluación y orientación de la alimentación.

**Radiografía Periapical:** la radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.

**Red Médica Odontológica:** el conjunto de personas físicas que cuentan con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública para ejercer la profesión de odontología, quienes brindarán el servicio de atención odontológica.

**Representante:** cualquier persona, sea o no familiar del Usuario, que realice cualquier trámite para solicitar la gestión de los Servicios de Asistencia.

**Servicios de Asistencia:** los servicios que el Prestador de Servicios proporcionará, directamente o a través del Equipo Médico y/o de sus proveedores, a los Usuarios en términos de lo establecido en el presente documento.

**Situaciones de Asistencia:** todo acontecimiento ocurrido al Usuario, en los términos y con las limitaciones descritas en el presente documento que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

**Suicidio:** el acto por el cual, el Usuario de forma deliberada se provoca la muerte.

**Usuario:** significa la persona física que tiene derecho a recibir los Servicios de Asistencias descritos en el presente documento. Para efectos de este documento, son considerados Usuarios el o los Asegurados de la póliza a la cual se agrega este beneficio.

## **2. SERVICIOS DE ASISTENCIA**

### **2.1 Orientación Médica Telefónica**

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

A petición del Usuario, el Prestador de Servicios, a través del Equipo Médico le brindará lo siguiente:

- Asesoría médica telefónica para cualquier enfermedad. En caso de ser necesario, se le proporcionará al Usuario referencias médicas de los Médicos Especialistas que podrán apoyarlo, lo anterior, de acuerdo a la información que el Usuario haya proporcionado.
- Información general sobre el uso de medicamentos, efectos secundarios generados por la ingesta, aplicación o uso de algún medicamento y dosis recomendadas.
- Información general acerca de las medidas que debe tomar sobre Enfermedades no Graves, síntomas y molestias.

Queda entendido por el Usuario, que la prestación del Servicio de Asistencia antes referido, no implica de forma alguna la emisión de un diagnóstico, tratamiento ni receta médica por parte del Equipo Médico del Prestador de Servicios, sino solo una orientación u opinión no vinculatoria, que podrá ser o no tomada o seguida por el Usuario a su entera discreción y bajo su responsabilidad. Adicionalmente, el Prestador de Servicios no será responsable por omisiones del Usuario o en caso de que éste no siga las indicaciones de manera precisa.

El Servicio de Asistencia aquí descrito será proporcionado por el Prestador de Servicios, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, pudiendo el Usuario realizar llamadas o consultas de forma ilimitada, sin límite de eventos.

### **2.2 Orientación Psicológica Telefónica**

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

A petición del Usuario, el Prestador de Servicios, a través de los Médicos Especialistas en psicología que forman parte de su Equipo Médico, le brindará asesorías respecto a cómo afrontar problemas o trastornos generados por ansiedad, estrés o depresión.

La información que el Usuario proporcione al hacer uso de este Servicio de Asistencia, será tratada, en todo momento, de manera confidencial.

Queda entendido por el Usuario que la prestación del Servicio de Asistencia antes referido, no implica de forma alguna la emisión de un diagnóstico médico por parte del Equipo Médico del Prestador de Servicios ni tratamiento médico, ni la prescripción de algún medicamento, sino solo una orientación u opinión no vinculatoria, que podrá ser o no, tomada o seguida por el Usuario a su entera discreción.

Adicionalmente, el Prestador de Servicios no será responsable por omisiones del Usuario o en caso de que éste no siga las indicaciones de manera precisa.

Los horarios en los que el Usuario podrá solicitar el presente Servicio de Asistencia serán de lunes a viernes de 08:00 horas a las 23:00 horas, pudiendo el Usuario realizar llamadas o consultas de forma ilimitada, sin límite de eventos.

### **2.3 Orientación Nutricional Telefónica**

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

A petición del Usuario, el Prestador de Servicios, a través de Nutriólogos dentro de su Equipo Médico brindará consejos para las mejores prácticas del consumo de alimentos y la combinación de estos, para mejorar o preservar la salud.

Queda entendido por el Usuario, que la prestación del Servicio de Asistencia antes referido, no implica de forma alguna la emisión de un diagnóstico médico por parte del Equipo Médico del Prestador de Servicios, ni tratamiento médico, ni la prescripción de algún medicamento, sino solo una orientación u opinión no vinculatoria, que podrá ser o no tomada o seguida por el Usuario a su entera discreción.

Adicionalmente, el Prestador de Servicios no será responsable por omisiones del Usuario o en caso de que éste no siga las indicaciones de manera precisa.

Los horarios en los que el Usuario podrá solicitar el presente Servicio de Asistencia serán de lunes a domingo de las 09:00 horas a las 23:00 horas. Sin límite de eventos.

### **2.4 Servicio de Ambulancia Terrestre**

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

En caso de Enfermedad o Accidente del Usuario tales que ponga en peligro su vida, un Médico de la red del Prestador de Servicios evaluará y gestionará el traslado del Usuario al centro hospitalario más cercano.

En caso de llegar a gestionarse el envío de la ambulancia terrestre, el Usuario y/o el Representante deberán indicar en la llamada telefónica, la dirección a la que será enviada dicha ambulancia.

El Usuario contará con 1 (un) servicio de ambulancia terrestre sin costo en caso de urgencia médica por cada vigencia de la póliza. La urgencia médica la determina el médico del Prestador de Servicios.

El Servicio de Asistencia aquí descrito podrá ser solicitado por el Usuario, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

## **2.5 Servicio de Consulta con Médico General a Domicilio**

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

A solicitud expresa del Usuario y con cargo a éste, el Prestador de Servicios proporcionará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, a través del envío de un Médico General al domicilio del Usuario. El Usuario deberá indicar en la llamada telefónica la dirección a la que será enviado el Médico General que éste elija dentro del Equipo Médico del Prestador de Servicios.

El Usuario pagará directamente al Médico General que haya elegido para el servicio por cada visita domiciliaria, lo anterior, deberá realizarlo al momento que finalice la consulta.

El Servicio de Asistencia aquí descrito será proporcionado por el Prestador de Servicios las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

El Prestador de Servicios no será responsable por omisiones del Usuario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

## **2.6 Referencias de Servicios Médicos (Hospitales, Médicos y Laboratorios) con Concierge Médico**

Esta asistencia opera cuando se contrate expresamente y se especifique en la Carátula de la Póliza. A petición del Usuario, el Prestador de Servicios a través del Concierge Médico, le proporcionará referencias con base en su red médica y hospitalaria en relación con:

- Médicos Especialistas.
- Hospitales por ubicación geográfica.
- Laboratorios por ubicación geográfica.

Lo anterior, con la finalidad de que el Usuario pueda seleccionar alguno para acudir a consulta o realizarse algún estudio que éste requiera.

En el caso de que el Usuario seleccione a algún proveedor de la red para acudir a una consulta o realizarse un estudio, el Concierge Médico realizará lo siguiente:

Contactará al proveedor de la red elegido por el Usuario a fin de concertar la cita que el Usuario ha solicitado y le remitirá una carta donde se plasmará la información del Usuario que acudirá a la cita. Una vez confirmada la cita, se comunicará con el Usuario para proporcionarle la información de la cita.

El Servicio de Asistencia antes descrito, tiene como única finalidad el proporcionarle al Usuario las diferentes alternativas que tiene de acuerdo a sus necesidades y ubicación geográfica, por lo que el Prestador de Servicios no será responsable con respecto al servicio recibido por parte de la referencia otorgada.

En relación con el otorgamiento de referencias de la red médica y hospitalaria del Prestador de Servicios, este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, pudiendo el Usuario realizar llamadas o consultas de forma ilimitada. Respecto de las consultas o realización de estudios, quedarán sujetos a los horarios de atención del proveedor seleccionado.

## **2.7 Servicio de Asistencia Funeraria**

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

En caso de muerte del Usuario, el Prestador de Servicios otorgará al familiar del Usuario y/o Representante que solicite este Servicio de Asistencia: atención y asesoría personalizada las 24 (veinticuatro) horas.

Adicionalmente y a solicitud expresa del familiar del Usuario y/o del Representante se otorgará lo siguiente:

1. Traslado del cuerpo del Usuario fallecido, dentro de la misma localidad. Del lugar del fallecimiento hacia la agencia de inhumaciones que indique el familiar del Usuario y/o el Representante.
2. Arreglo estético del cuerpo del Usuario fallecido, el cual incluye maquillaje y vestimenta.
3. Capilla de velación con capacidad para 20 personas o equipo de velación a domicilio.
4. Ataúd básico metálico para el traslado en caso de inhumación o urna básica en caso de cremación.
5. Traslado del cuerpo del Usuario fallecido en carroza de la agencia de inhumaciones al panteón en donde se cuente con algún título de fosa a perpetuidad o su equivalente, o al crematorio que indiquen (dentro de la misma localidad).

El Servicio de Asistencia Funeraria podrá ser solicitado por el familiar del Usuario o el Representante, las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

El Servicio de Asistencia antes descrito no incluye:

- Arreglos florales.
- Honorarios del panteón.
- Servicio de cafetería.
- Nicho o Fosa.
- Transporte para acompañantes.

**Exclusiones para el Servicio de Asistencia Funeraria:**

- 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 Usuario. Tratándose de renovaciones no aplica este plazo.
- Traslados Foráneos.
- Catástrofes Naturales, donde no se pueda acceder al lugar del deceso.
- Exhumación de restos.
- Servicios en el extranjero ni repatriación del cuerpo.
- Muerte derivada de la participación directa del Usuario en actos criminales.
- La participación directa del Usuario en riñas, salvo en caso de defensa propia.
- Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.

**2.8 Servicios de Laboratorio**

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

A petición expresa del Usuario, el Prestador de Servicios, proporcionará al Usuario referencias con base a su red de laboratorios, con la finalidad de que el Usuario pueda seleccionar alguno para acudir a realizarse algún estudio de laboratorio que éste requiera.

Dependiendo del plan contratado, el Usuario contará con 1 (uno) o 2 (dos) estudios al año, sin costo por cada vigencia de la póliza.

Plan individual: cubre 1 (un) estudio al Usuario.

Plan familiar: cubre 2 (dos) estudios aplicables para cualquiera de los Usuarios.

En relación con el otorgamiento de referencias de la red de laboratorios del Prestador de Servicios, este podrá ser proporcionado las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. Respecto de la realización del estudio de laboratorio requerido, quedará sujeto a los horarios de atención del laboratorio seleccionado.

La entrega del resultado del estudio, será únicamente al Usuario que se realizó el estudio.

**2.9 Asistencia Dental Básica**

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

En la contratación de tratamientos dentales con el Prestador de Servicios, a través de la Red Médica Odontológica y a petición del Usuario, se le brindará lo siguiente:

- 1 (una) consulta dental sin costo por cada vigencia de la póliza.
- 1 (una) limpieza dental sin costo por cada vigencia de la póliza.

El Prestador de Servicios no será responsable en caso de que el Usuario realice acciones u omisiones que agraven su estado de salud o si no sigue las instrucciones de manera precisa.

El Servicio de Asistencia aquí descrito, solo será aplicable dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

## **2.10 Servicio de Health Coach**

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

En caso de que el usuario solicite la indemnización de alguna cobertura indicada en la póliza, y siempre que la misma sea procedente, el Prestador de Servicios le asignará a un Health Coach a fin de darle asesoramiento referente a sus síntomas y/o seguimiento al tratamiento relacionado con la cobertura respectiva.

El Health Coach brindará el acompañamiento conforme a lo siguiente:

a. Llamadas Outbound: El Health Coach, se comunicará vía telefónica para acompañar y dar seguimiento al usuario durante su tratamiento y recuperación de su estado de salud, que consistirán en lo siguiente:

- **Contacto Inicial.** El Health Coach, realizará una llamada de notificación e invitación al servicio de acompañamiento y le brindará una lista de proveedores, en donde se encuentran los Médicos Especialistas con base en la ubicación geográfica, necesidades y presupuesto del Titular. Todo lo anterior con estricto apego a los protocolos médicos establecidos por las guías prácticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) u Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada uno de los padecimientos médicos que el usuario llegue a presentar.
- **Seguimiento:** En caso de que el Usuario acepte el uso del Health Coach, se realizarán llamadas por parte de éste al usuario relacionadas al estado y bienestar de su salud, principalmente en temas de nutrición y emocionales, para asesorar al usuario sobre alternativas de direccionamiento a las diferentes especialidades del Equipo Médico. Todo lo anterior con estricto apego a los protocolos médicos establecidos por las guías prácticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) u Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada uno de los padecimientos médicos que el Usuario llegue a presentar.



b. Llamadas Inbound: el Health Coach le proporcionará un número telefónico al usuario a través del cual podrá realizar llamadas directamente al Health Coach, para que éste le brinde asesoría médica y/o consejos médicos y/o seguimiento a su tratamiento médico, pudiendo comunicarse las 24 (veinticuatro) horas los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

- El Servicio de Asistencia aquí descrito podrá ser solicitado por el usuario conforme a lo siguiente: (i) las Llamadas Inbound sin límite de eventos; y (ii) las Llamadas Outbound serán 12 (doce) llamadas al año por cada vigencia de la póliza.

El Prestador de Servicios no será responsable por omisiones del usuario o si este no sigue las instrucciones de manera precisa.

## 2.11 Atención a Emergencias Dentales

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

A petición del Usuario, el Prestador de Servicios, a través de un odontólogo de la Red Médica Odontológica le brindará lo siguiente:

- 1 (una) consulta sin costo por cada vigencia de la póliza.
- Radiografías periapicales sin costo.
- 2 (dos) limpiezas dentales al año sin costo por cada vigencia de la póliza.
- 1 (una) resina o 1 (una) cirugía o 1 (una) endodoncia sin costo por cada vigencia de la póliza.

El Servicio de Asistencia aquí descrito será proporcionado por el Prestador de Servicios con un límite de hasta \$5,000.00 MXN (cinco mil pesos), en caso de existir un costo adicional, deberá de ser cubierto por el Usuario directamente al odontólogo.

Para efectos del Servicio de Asistencia aquí descrito, se detallan los procedimientos que aplicarán respecto de una cirugía o una endodoncia:

- Exodoncia simple.
- Exodoncia de raíz residual.
- Exodoncia de diente semi-incluido.
- Exodoncia de diente incluido/impactado.
- Exodoncia con finalidad ortodóntica.
- Punción aspirativa con aguja fina/colección de raspado en lesiones u otros sitios específicos de la región buco maxilofacial.
- Exodoncia con colgajo.
- Remoción de hiperplasias.
- Biopsia de cavidad oral.
- Frenilectomia labial/lingual.
- Enucleación de quistes periapicales o residuales (de origen endodóntico).
- Cirugía para remoción de torus palatino.
- Cirugía para remoción de torus mandibular.
- Ulectomia (hiperculectomía).

- Cuña distal.
- Alveoloplastia /osteoplastia.
- Cirugía para corrección de bridas vestibulares.
- Apicectomia unirradicular sin /con obturación de retroceso (incluye curetaje apical).
- Apicectomia Multirradicular sin /con obturaciones de retroceso (incluye curetaje apical).
- Amputación radicular sin obturación en retroceso (por raíz).
- Amputación radicular con obturación en retroceso (por raíz).
- Fracturas alveolo-dentarias -reducción abierta.
- Fracturas alveolo-dentarias -reducción cerrada.
- Extirpación de mucocele.
- Extirpación de ránula.
- Cirugía de tumor odontogénicos mixto intra-óseo (odontoma y osteoma) y Tejidos blandos de boca.
- Tratamiento/cirugía de quiste de desenvolvimiento-enucleación.
- Tratamiento/cirugía de quiste- marsupialización y enucleación final (incluso con valor de 2° acto quirúrgico).
- Remoción de cuerpo extraño de seno maxilar.
- Cirugía con colgajo c/injerto alógeno (especificar substancia).
- Odontosección (por elemento).
- Vestibuloplastia.
- Traccionamiento quirúrgico con finalidad ortodóntico (incluye pegado de bracket).
- Reducción de tuberosidad
- Remoción de cálculo salival
- Ulectomia (hiperculectomía)
- Exodoncia Simple de 3° Molar
- Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Superior derecho
- Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Superior Izquierdo
- Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Inferior derecho
- Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Inferior Izquierdo
- Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Superior derecho Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Superior Izquierdo Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Inferior derecho
- Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Inferior Izquierdo
- Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Superior derecho
- Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Superior Izquierdo
- Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Inferior derecho
- Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Inferior Izquierdo
- Consulta para Semiología
- Tratamiento Quirúrgico de Fistulas Nasales o Bucosinusales
- Tratamiento endodóntico unirradicular.
- Tratamiento endodóntico Birradicular.
- Tratamiento endodóntico con 3 o más canales.
- Retratamiento por conducto
- Blanqueamiento dental (para diente desvitalizado)
- Tratamiento de ápice incompleto (permitido una sesión por mes, máximo 6 meses siempre acompañado de radiografías)

- Tratamiento para perforación endodóntica
- Cambio de medicamento intra-canal
- Remoción cuerpo extraño intra-canal
- Pulpotomía
- Tratamiento endodóntico de diente deciduo.
- Preparación para poste intrarradicular (por elemento)
- Retratamiento endodóntico unir radicular (incluye la des obturación, instrumentación y obturación)
- Retratamiento endodóntico Birradicular (incluye la des obturación, instrumentación y obturación)
- Retratamiento endodóntico con 3 o más canales (incluye des obturación, instrumentación y obturación)
- Remoción de poste intrarradicular

### 3. DISPOSICIONES GENERALES

Para poder obtener cualquiera de los Servicios de Asistencia antes descritos, el Usuario deberá de comunicarse al número telefónico que se asigne por campaña comercial en los anexos correspondientes, y deberá de proporcionar lo siguiente:

- Nombre completo y la acreditación de su calidad de usuario de los Servicios de Asistencia.
- Proporcionar una descripción detallada de los síntomas y/o evento que busque cubrir y el tipo de ayuda que requiere.

En caso de que el Usuario gestione por propia cuenta algún Servicio de Asistencia fuera del Equipo Médico, el Prestador de Servicios no estará obligado a realizar ningún reembolso de cualquier gasto que el Usuario haya erogado, con excepción de que dicha gestión se haya tenido que realizar porque el Prestador de Servicios no le haya brindado la atención correspondiente.

Respecto del Servicio de Asistencia descrito en el numeral 2.5 que antecede, el Prestador de Servicios se obliga a proporcionarle una lista de Médicos que pueden atender su solicitud médica, dejando a libre elección del Usuario el Médico que acudirá a su domicilio.

### 4. EXCLUSIONES

**Los servicios de asistencia anteriormente descritos no serán prestados en, o no amparan cualquiera de las siguientes situaciones:**

- 1. Cuando el usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia;**
- 2. Cuando el usuario no acredite su calidad de usuario del servicio de asistencia del que se trate;**
- 3. La prestadora de servicios no será responsable de los retrasos o incumplimientos debidos a causa de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas especiales del lugar en que deban prestarse los servicios de asistencia.**

**4. Situaciones de asistencia que sean consecuencia directa de:**

- a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor; y
- b) Cualquier percance intencional, como una extradición, algún conflicto de amnistía internacional y cualquier otro en donde esté involucrado algún organismo internacional de cualquier índole, así como la participación directa del usuario en actos criminales.

Todas las demás condiciones y cláusulas quedarán de acuerdo a las condiciones generales y endosos que conformen el contrato del seguro.

***“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 28 de Enero de 2019, con el número BADI-S0104-0038-2018”***

“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 Mezzanine, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 55-4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas, o al correo electrónico [une@cardif.com.mx](mailto:une@cardif.com.mx), o visite [www.bnpparibascardif.com.mx](http://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 800 999 8080 o correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef).”

#### 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.**

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

Paseo de las Palmas, piso Mezanine, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, Ciudad de México.

Tel: 800 801 24 02. [www.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)

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

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

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

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

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



**CONSENTIMIENTO:** En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y dentro de los 5 días hábiles siguientes, al no manifestarse en contrario, usted acepta que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo, acepta que el uso abarque cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades secundarias antes mencionadas. Lo anterior, ya sea que sus datos personales hubieren sido proporcionados o llegaren a ser proporcionados directamente por usted o a través de agentes, promotores comisionistas, socios comerciales, prestadores de servicios o cualquier otro tercero y hayan sido éstos obtenidos por cualquier medio, ya sea electrónico, óptico, sonoro, audiovisual, o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que Cardif llegue a contar. En caso de que usted nos llegare a proporcionar datos personales de terceros, usted se obliga en este acto a informar a dichos terceros a cerca de: (1) los datos proporcionados; (2) los fines para los cuales proporcionó los mencionados datos; y (3) los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible. En caso de querer manifestarse en contrario, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción del presente Aviso de Privacidad, usted podrá mandar su negativa al correo electrónico [\*] o marcando al número 800 522 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](mailto:datospersonales@cardif.com.mx) donde Cardif le enviará el formato requerido para hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico
- (3) Enviar un escrito/solicitud libre dirigido al Oficial de Privacidad, al siguiente correo [datospersonales@cardif.com.mx](mailto:datospersonales@cardif.com.mx).
- (4) Para dudas contactarnos vía telefónica al número (55) 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 800 522 7343 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:

**800 801 2402**

**Seguro operado por:**

 **Cardif**

## Planes

Coberturas de seguro	Básico				Preferente				Premier						
	Suma Asegurada	Individual Standard	Familiar Standard	Individual Upsell	Familiar Upsell	Suma Asegurada	Individual Standard	Familiar Standard	Individual Upsell	Familiar Upsell	Suma Asegurada	Individual Standard	Familiar Standard	Individual Upsell	Familiar Upsell
Hospitalización	\$ 20,000	✓	✓	✓	✓	\$ 30,000	✓	✓	✓	✓	\$ 40,000	✓	✓	✓	✓
Crucija	\$ 10,000	✓	✓	✓	✓	\$ 15,000	✓	✓	✓	✓	\$ 50,000	✓	✓	✓	✓
Fractura de huesos	\$ 1,000	✓	✓	✓	✓	\$ 1,500	✓	✓	✓	✓	\$ 2,000	✓	✓	✓	✓
Cáncer	\$ 50,000	—	—	✓	✓	\$ 75,000	—	—	✓	✓	\$ 100,000	✓	✓	✓	✓
Infarto al miocardio	\$ 50,000	—	—	✓	✓	\$ 75,000	—	—	✓	✓	\$ 100,000	✓	✓	✓	✓
Accidente cerebrovascular	—	—	—	—	—	\$ 75,000	—	—	✓	✓	\$ 100,000	✓	✓	✓	✓
Esclerosis múltiple	—	—	—	—	—	\$ 75,000	—	—	✓	✓	\$ 100,000	✓	✓	✓	✓
Seguro adicional por fallecimiento del titular	Amparado	—	—	—	✓	Amparado	—	—	✓	✓	Amparado	—	—	—	✓
Ayuda para Gastos Funerarios	—	—	—	—	—	\$ 5,000	—	—	✓	✓	—	—	—	—	—
<b>Acompañamientos</b>															
Orientación Médica/Prevención	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓	Amparado	✓	✓	✓	✓
Costos preferenciales servicios médicos	Costos preferenciales	✓	✓	✓	✓	Costos preferenciales	✓	✓	✓	✓	Costos preferenciales	✓	✓	✓	✓
Asesoría psicológica y nutricional	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓
Dentál básico	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓
Costos preferenciales en Médico a Domicilio	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓
Análisis Clínicos	Química de 6 elementos	✓	✓	✓	✓	Química de 6 elementos	✓	✓	✓	✓	Química de 6 elementos	✓	✓	✓	✓
Servicio de Gastos Funerarios	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓	Aplica	✓	✓	✓	✓
Médico a domicilio	1 consulta incluida	—	—	✓	✓	2 consultas incluidas	—	—	✓	✓	3 consultas incluidas	—	—	✓	✓
Reembolso de medicamentos	—	—	—	—	—	2 eventos	—	—	✓	✓	3 eventos	—	—	✓	✓
Orientación médica seguimiento al tratamiento	Aplica	—	—	✓	✓	Aplica	—	—	✓	✓	—	—	—	—	—
Orientación médica seguimiento al tratamiento plus	—	—	—	✓	✓	—	—	—	—	—	Aplica	—	—	—	—
Servicio de Ambulancia	—	—	—	—	—	Aplica	—	—	✓	✓	Aplica	—	—	—	—
Enfermería	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8 días	—	—	—	—
Terapia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3 eventos	—	—	—	—
Cuidados especiales en casa y servicios de enfermería	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Costos preferenciales	—	—	—	—
Tratamiento integral para litiasis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Costos preferenciales	—	—	—	—
Urgencia dental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Costos preferenciales	—	—	—	—
Coaching Integral personalizado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Aplica	—	—	—	—
Monitoreo de paciente en casa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Costos preferenciales	—	—	—	—