

CONDICIONES GENERALES SEGURO INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Este seguro cuenta con el número de registro **CNSF-S0104-0122-2018/CONDUSEF-003541-01** 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

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES GRAVES	3
1. DEFINICIONES.....	3
2. COBERTURAS	5
2.1 Cobertura por Enfermedades Graves.....	5
2.1.1 Descripción de la Cobertura.....	5
2.1.2 Documentos para la comprobación de la Enfermedad Grave.	9
2.1.3 Periodo de Carencia.....	10
3. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	10
3.1 Edad de contratación.....	10
3.2 Prima.....	11
3.3 Vigencia.....	12
3.4 Renovación.....	12
3.5 Pago de la Suma Asegurada.....	13
3.6 Terminación del Contrato de Seguro.....	13
3.7 Aviso de Ocurrencia del Evento.....	13
3.8 Indemnización.....	13
3.9 Interés moratorio.....	14
3.10 Prescripción.....	16
3.11 Competencia.....	17
3.12 Rectificaciones y Modificaciones.....	17
3.13 Comunicaciones.....	17
3.14 Comisión o Compensación Directa.....	18
3.15 Moneda.....	18
3.16 Omisión e Inexactas Declaraciones.....	18
3.17 Carencia de Restricciones.....	19
3.18 Entrega de Documentación Contractual.....	19
3.19 Datos Personales.....	19
3.20 Agravación del Riesgo	19

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES GRAVES

CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., en adelante denominada la Compañía, se obliga a pagar a los beneficiarios designados la Suma Asegurada prevista en este Contrato de Seguro, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la ocurrencia del evento y se cumpla con lo establecido en este contrato.

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular.

- **Asegurado:** Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza, que ha otorgado su consentimiento respecto a las coberturas de este contrato, siempre que dichas coberturas se especifiquen en la Carátula de la Póliza y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.
- **Beneficiario:** La persona física indicada en la carátula de la Póliza que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.
- **Compañía:** Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.
- **Contratante:** La persona física o moral responsable de realizar el pago de la prima.
- **Cuerpo Médico Colegiado:** Órgano constituido por los profesionales médicos colegiados que laboran en forma permanente en alguna Institución de Seguridad Social o Privada. Se consideran médicos de labor permanente a los siguientes:
 - A los que mantienen una relación de dependencia salarial con la Institución.
 - A los que desempeñan su actividad profesional en la Institución en forma continua y regular.
- **Enfermedad:** Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza, que se origine independientemente de hechos accidentales.
- **Enfermedad No Grave:** Aquellas Enfermedades o padecimientos del Asegurado que (i) no sean consideradas como emergencias médicas; y (ii) no pongan en peligro la vida, la integridad física o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.



- **Evento:** La ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.
- **Fecha de Inicio de Vigencia:** La fecha indicada en la Carátula de la Póliza, en la cual inicia la vigencia de este contrato de seguro.
- **Fecha de Término de Vigencia:** Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Padecimientos Preexistentes:** Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:
 - Se haya declarado su existencia.
 - Se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
 - Sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico.

En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un médico especialista certificado que elija dentro de los previamente designados por la Compañía para un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje se establecerá por el médico especialista certificado designado por el Asegurado y la Compañía, quienes deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que 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 el Contratante y/o el Asegurado, según sea el caso, paga(n) las primas correspondientes, pero no 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 Periodo de Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente. El Periodo de Carencia será el establecido en la Carátula de la Póliza.

- **Póliza y/o Contrato:** Es el documento donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado entre el Contratante y/o el Asegurado y la Compañía y del cual forman parte y constituyen prueba del mismo el comprobante del pago de la prima, las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **Prima:** La cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la Carátula de la Póliza) a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del periodo de vigencia del mismo. La prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

2. COBERTURAS

La presente Póliza está integrada por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la Carátula de la Póliza correspondiente. La Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante el periodo de vigencia pactado. La responsabilidad máxima de la Compañía para las coberturas contratadas será la Suma Asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo a lo siguiente:

2.1 Cobertura por Enfermedades Graves

2.1.1 Descripción de la Cobertura

Cuando el Asegurado, durante la vigencia de la Póliza, sufra alguna de las Enfermedades Graves descritas más adelante y únicamente las que aparezcan como amparadas dentro de esta cobertura en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada Contratada y, en su caso, al beneficiario especificado en la Carátula de la Póliza.

El médico que emita el dictamen o diagnóstico no podrá ser familiar del Asegurado ni habitar en el mismo domicilio que el Asegurado.

CÁNCER

a) Definición.

El cáncer es un tumor maligno caracterizado por un crecimiento y la diseminación incontrolable de células malignas con la destrucción del tejido normal. El término cáncer incluye leucemia, linfoma y la enfermedad del Hodgkin's. El cáncer deberá requerir tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia.

No se cubren los tipos de cáncer previstos en el inciso c) Exclusiones.

b) Demostración.

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico válido y aprobado por el especialista.

c) Exclusiones

- **Tumores histológicamente descritos como benignos, pre-malignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos;**
- **Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo, en los términos definidos como Padecimientos Preexistentes;**
- **Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- **Policitemia Vera;**
- **Trombocitemia Esencial;**
- **Tumores de próstata clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado menor o igual a 6, o cuyo progreso sea menor a la clase T2N0M0 según la clasificación de AJCC Sexta Edición Clasificación TMN;**
- **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, incluyendo – pero no limitado – a linfoma o sarcoma de Kaposi;**



- **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;**
- **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 o de exposición a artefactos radioactivos, nucleares, tóxicos o explosivos, así como a los componentes de los mismos;**
- **Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**
- **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como 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;**
- **El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la Sexta Edición de AJCC Clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis;**
- **Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la Sexta Edición de AJCC Clasificación TMN como Ta o una clasificación equivalente, siempre y cuando no exista metástasis;**
- **Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) con clasificación menor de la Etapa 3 en la prueba de RAI; y**
- **Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del periodo de espera de clasificación.**

Por los siguientes términos debe entenderse:

Escala de Gleason: Sistema de calificación del tejido canceroso de la próstata según su aspecto bajo el microscopio. Los puntajes de Gleason oscilan entre 2 y 10 e indican la probabilidad de diseminación del tumor. Un puntaje de Gleason bajo significa que el tejido canceroso es similar al tejido de próstata normal y el tumor tiene menos probabilidades de diseminarse; un puntaje de Gleason alto significa que el tejido canceroso es muy diferente del normal y lo más probable es que este se disemine.

AJCC: American Joint Committee on Cancer (Comité Conjunto Americano sobre Cáncer) es una organización dedicada al desarrollo de clasificaciones y tratamiento del Cáncer.

TMN: El sistema TNM es una herramienta o metodología que los médicos utilizan para describir el estadio clínico del cáncer, fue desarrollada por el American Joint Committee on Cancer.

TNM se emplea (T) para referenciar el tamaño, (N, ganglio en inglés) para referenciar el número de ganglios linfáticos afectados y (M) para referenciar si hay metástasis a distancia.

T1: Mediante el sistema TNM, se utiliza la “T” más una letra o número (0 a 4) para describir la profundidad con que el tumor primario ha penetrado las paredes del tejido. En este caso indica que el tumor ha invadido la submucosa.

Ta: Mediante el sistema TNM, se utiliza la “T” más una letra o número (0 a 4) para describir la profundidad con que el tumor primario ha penetrado las paredes del tejido. En este caso indica que el tumor ha crecido hacia el centro hueco de la vejiga, pero no ha crecido hacia el tejido conectivo ni en el músculo de la pared de la vejiga.

INFARTO AL MIOCARDIO.

a) Definición.

Es la muerte de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de coronariopatía.

b) Demostración.

El diagnóstico deberá cumplir con los siguientes tres criterios y ser diagnosticado de un nuevo infarto agudo al miocardio.

- Sufrir los síntomas consistentes y clínicamente aceptados con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio;
- Nuevos cambios característicos en el electrocardiograma; y
- Con elevaciones características en los marcadores bioquímicos cardiacos específicos arriba de los valores normales.

c) Exclusiones.

- **La insuficiencia cardiaca, dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio;**
- **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 las imágenes cardiacas 30 días después del procedimiento coronario.

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR.

a) Definición.

También conocida como embolia cerebral. Es el incidente cerebro-vascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición.

b) Demostración.

Esta ocurrencia debe resultar en un padecimiento neurológico funcional con signos neurológicos anormales objetivos en el examen físico realizado por un neurólogo permaneciendo por lo menos tres meses después del evento.

El diagnóstico también deberá estar confirmado por los hallazgos en IRM, TC o reconocimiento del líquido cefalorraquídeo y deberá concordar con el diagnóstico de un nuevo evento de embolia cerebral.

Por IRM se entiende Imagen por Resonancia Magnética y por TC Tomografía Computarizada.

c) Exclusiones.

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.**

2.1.2 Documentos para la comprobación de la Enfermedad Grave.

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

1. Declaración del evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;

3. Original o copia de la Póliza. Si la tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro; y
4. Documentos que acrediten la enfermedad grave en términos de lo descrito en la cobertura, mismos que incluirán todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para diagnosticar la enfermedad grave, emitido por la Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.
5. Historia clínica que señale los padecimientos y tiempos de evolución.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de la enfermedad grave, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el Artículo 69 de la Ley.

2.1.3 Periodo de Carencia.

Para esta cobertura aplica un Periodo de Carencia el cual se indica en la Carátula de la Póliza, y será, contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza. El periodo de carencia no aplicará en renovaciones.

3. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

3.1 Edad de contratación.

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

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

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

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción

que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza;

- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar 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 muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en la Póliza y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

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

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

3.2 Prima.

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

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

La Prima vence en la Fecha de celebración del contrato de seguro. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma fraccionada, los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. Una vez vencida la Prima o la fracción correspondiente, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un período de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla. En caso de realización del

sinistro (Evento) durante el período de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o al Beneficiario, en su caso, el total de la Prima pendiente de pago.

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

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

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

3.3 Vigencia.

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

La Póliza se cancelará automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Contrato de Seguro sea cancelado por falta de pago de la prima, habiendo transcurrido el periodo de gracia;
- En el aniversario de la Póliza inmediato posterior en el que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro;

y

- En la fecha en la que, por la aplicación de cualquiera de las enfermedades graves se pague la Suma Asegurada.

3.4 Renovación.

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

aniversario en que el Asegurado alcance la edad especificada para este efecto, salvo que el Contratante y/o Asegurado manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura, mediante endosos, prorrogando su vigencia bajo los mismos términos y condiciones en las que fue contratado, sin requisitos de asegurabilidad y las edades límite no podrán ser modificadas. **La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.**

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

3.5 Pago de la Suma Asegurada.

La Compañía pagará la indemnización que corresponda, en los términos indicados en la Descripción de la Cobertura, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

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

3.6 Terminación del Contrato de Seguro.

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

3.7 Aviso de Ocurrencia del Evento.

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

3.8 Indemnización.

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

3.9 Interés moratorio.

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

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

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

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

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

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



multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

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

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

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

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

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

3.10 Prescripción.

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

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

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de

conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

3.11 Competencia.

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

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

3.12 Rectificaciones y Modificaciones.

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

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

3.13 Comunicaciones.

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

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

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

3.14 Comisión o Compensación Directa.

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

3.15 Moneda.

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

3.16 Omisión e Inexactas Declaraciones.

En su caso, dependiendo de las características de la Póliza solicitada y del monto de la Suma Asegurada, el Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el Cuestionario Médico, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de solicitar el seguro.

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

La Compañía comunicará en forma auténtica al Asegurado y/o Contratante la rescisión del contrato de seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la Compañía no podrá rescindir el contrato de seguro, en los siguientes casos:

1. Si la Compañía provocó la omisión o inexacta declaración;
2. Si la Compañía conocía o debía conocer el hecho no declarado;
3. Si la Compañía conocía o debía conocer exactamente el hecho inexactamente declarado;
4. Si el Asegurado no contesta una de las cuestiones contenidas en el "Cuestionario Médico" y sin embargo la Compañía celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del Asegurado, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

3.17 Carencia de Restricciones.

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

3.18 Entrega de Documentación Contractual.

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

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

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

Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono **4164 4514**; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

3.19 Datos Personales

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

3.20 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.

“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).**

“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).**

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

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).**

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

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

Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

"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 19 de Abril de 2018, con el número CNSF-S0104-0122-2018"

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

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía la cual se encuentra ubicada en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas, o al correo electrónico une@cardif.com.mx, o visite www.bnpparibascardif.com.mx; o bien, contacte a CONDUSEF que está ubicada en Insurgentes Sur 762 Colonia Del Valle Ciudad de México, C.P. 03100 o al teléfono (55) 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080 o correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.”

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. y/o Cardif Servicios, S.A. de C.V., sociedades debidamente constituidas de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, ubicadas en **Avenida Paseo de las Palmas 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 en México, Distrito Federal**, conjuntamente con sus sociedades controladoras, subsidiarias, filiales, sociedades bajo el control común o sociedades pertenecientes al mismo grupo (en lo sucesivo y conjuntamente denominadas "Cardif"), ponen a su disposición el presente Aviso de Privacidad, en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley").

Le damos a conocer, de manera enunciativa, más no limitativa, algunos de los datos personales que podemos recabar, almacenar y/o utilizar de forma alguna, con la finalidad de llevar a cabo las operaciones inherentes a nuestro negocio, así como cualquier actividad derivada de la relación jurídica existente o que llegare a existir entre usted y Cardif: (1) **datos de identificación**, tales como nombre completo, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, teléfono(s) y correo electrónico; (2) **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 y condiciones y causales del siniestro; (3) **datos financieros y patrimoniales**, tales como número de tarjeta de crédito y/o débito, condiciones y línea de crédito, ingresos y salario; entre otros.

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

Limitación del uso y divulgación de los datos personales: Le informamos que sus datos personales, serán salvaguardados en todo momento bajo los más altos estándares de seguridad, garantizando en todo momento 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 Ley. Le hacemos extensivo que Cardif no venderá, alquilará o enajenará de forma alguna sus datos personales ni los compartirá, transmitirá o transferirá de forma alguna, para fines de comercialización de bienes y servicios.

Podremos **transferir sus datos personales** a terceros nacionales o extranjeros, en la medida en que la transferencia sea necesaria para dar cumplimiento a las finalidades previamente mencionadas. Asimismo, le informamos que dichos terceros, asumen las mismas obligaciones y responsabilidades asumidas por Cardif, en términos de este Aviso de Privacidad.

A partir del 6 de enero de 2012, usted podrá **ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición** sus datos personales. La solicitud que presente deberá apegarse en todo momento a los requisitos señalados por el Artículo 29 de la Ley, así como a su respectivo Reglamento y a los procedimientos internos de Cardif, mismos que haremos extensivos a usted al momento de ingresar su solicitud, o que podrá consultar en cualquier momento en www.bnpparibascardif.com.mx

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; y/o (2) hacernos llegar su solicitud vía correo electrónico a la siguiente dirección datospersonales@cardif.com.mx; y/o (3) contactarnos vía telefónica al número **4164 4514**.

En el momento en el que usted reciba el presente Aviso de Privacidad y no se manifieste en contrario, consiente que Cardif obtenga, use, divulgue y/o almacene sus datos personales, por cualquier medio. Asimismo acepta que el uso abarca cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de sus datos personales, de conformidad con las finalidades 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, 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 éste Aviso de Privacidad, así como los lugares en los que se encuentra disponible.

Cardif se reserva el derecho de **cambiar en cualquier momento este Aviso de Privacidad**, por lo que recomendamos monitorearlo regularmente. 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.