

AP
Seguro Individual y/o
Familiar de Accidentes
Personales



CONDICIONES GENERALES
SEGURO INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR DE
ACCIDENTES PERSONALES

Índice

Condiciones Generales	3
DEFINICIONES.	3
CLAUSULAS GENERALES.	6
CLASIFICACIÓN DE COBERTURAS POR ACCIDENTE.....	15
RIESGOS CUBIERTOS.	15
DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN CASO DE FALLECIMIENTO	26
DOCUMENTACION NECESARIA EN CASO DE INVALIDEZ, ENFERMEDADES GRAVES, PERDIDA DE MIEMBROS O INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN.	26

Seguro Individual y/o Familiar de Accidentes Personales Condiciones Generales

DEFINICIONES.

Accidente.

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, por lo tanto no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado.

Persona que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza y se encuentra en el registro de Asegurados de Seguros Banorte.

Asegurado Titular

Es aquella persona asegurada que firma como responsable en la solicitud o en el consentimiento y que aparece en la carátula de la póliza.

Familia Asegurable.

Se entenderá por familia asegurable los siguientes integrantes:

- El titular de la póliza
- Esposo(a) del titular
- Hijos del titular mayores de 30 días y menores de 24 años; que sean solteros y no tengan ingresos.
- Personas que dependan económicamente del titular, siempre que vivan con él y no tengan remuneración por su trabajo personal.

Accidente Colectivo.

Se considera accidente colectivo aquel que sufra el asegurado:

- Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo de servicio público, que no sea aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- Mientras viaje como pasajero de un ascensor que opere para servicio público (con exclusión de los ascensores industriales o de minas);
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el asegurado al iniciarse el incendio.

Accidente de Trabajo.

Se considera accidente de trabajo, aquel que sufra el Asegurado en ejercicio o con motivo de su trabajo habitual. Quedan comprendidos bajo esta cobertura, los accidentes que se produzcan al trasladarse el Asegurado directamente de su domicilio al lugar de trabajo y viceversa, o los que ocurran en traslados por comisiones de trabajo.

Beneficiario.

Persona designada por el Asegurado como titular de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.

Compañía.

Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V.

Condiciones Especiales de la Póliza.

Son aquellas que además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares o especiales.

Contratante.

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato de seguro para sí y/o para terceras personas, quien además se compromete a realizar el pago de las primas.

DSMGDF

Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

Endoso.

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste.

Invalidez Total y Permanente.

Se entenderá la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de accidente que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social. La cobertura ser hará efectiva transcurrido el período de espera de 3 o 6 meses, según se haya contratado.

También se considerará invalidez total y permanente:

- La pérdida de la función de la vista de ambos ojos
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo

En estos casos no aplicará el período de espera.

Cuando la enfermedad o accidente que provoque el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Médico.

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

Pérdida Orgánica.

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

Padecimientos Preexistentes.

Aquellos que antes del inicio de vigencia de la póliza provocaron un gasto, fueron diagnosticados por un médico, fueron aparentes a la vista o los que por sus síntomas no pudieron pasar desapercibidos.

CLAUSULAS GENERALES.

Contrato.

Esta póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante.

Protección.

Son objeto de este contrato únicamente la cobertura básica, y adicionales enunciadas en el espacio de “Coberturas Contratadas” en la carátula de la póliza.

Suma asegurada.

La suma asegurada deberá determinarse para cada asegurado, siendo la responsabilidad máxima a cargo de la Compañía.

Modificaciones.

Este contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes Contratantes y haciéndose constar mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier otra índole.

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 (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Vigencia.

Cada cobertura contratada entra en vigor en la fecha de celebración del contrato y continúa durante el plazo de seguro, estipuladas en la carátula de la póliza.

Omisiones o Inexactas Declaraciones.

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

La omisión 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 haya influido en la realización del siniestro.

Indisputabilidad.

Esta póliza será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Asegurado para la apreciación del riesgo.

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

Carencia de restricciones.

Este contrato no se afectará por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados.

Baja de Asegurados.

Serán dados de baja de las coberturas correspondientes:

- Los hijos del Titular mayores de 24 años.
- Los hijos del Titular que sean casados o hayan contraído matrimonio durante la vigencia de la póliza
- Los Asegurados que ya no dependan económicamente del Titular.

Cancelación anticipada del contrato.

Este contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último periodo pagado. De esta manera la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el periodo ya pagado. La fecha de vencimiento del último periodo pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

Renovación.

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovarla bajo las mismas condiciones estipuladas, siempre que el Contratante cubra, dentro de los treinta días de espera, el monto total de la prima. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor (se incluye la posibilidad de presentarse un incremento en la prima) y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al renovarse la póliza, a los Asegurados se les reconocerán sus derechos que por antigüedad han adquirido (siempre que la renovación sea sin periodos al

descubierto), esto es, no se aplicarán periodos de espera ni límites de edad inferiores a los originalmente pactados.

Edad.

La edad declarada por el asegurado se comprobará legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 162 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un asegurado, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real; pero dentro de los límites de admisión, para este plan, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada, pero el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real, por el periodo que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, pero dentro de los límites de admisión, para este plan, la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión otorgadas la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Prima.

El Contratante pagará la prima anual correspondiente a cada cobertura contratada.

El pago de las primas vence en el momento de celebración del contrato y continuará durante el plazo de pago de primas estipulado o hasta la anualidad en la que ocurra el siniestro, si esto sucede antes.

La prima correspondiente a esta póliza es anual, venciendo la prima en el momento de la celebración del Contrato del Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán optar por el pago fraccionado de la prima, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenido entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento

Pago de prima.

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima

Periodo de espera.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro el monto de la prima correspondiente a dicho periodo.

Beneficiarios.

El Asegurado tendrá derecho a designar libremente a los beneficiarios del seguro, y podrá revocar tal designación mediante notificación por escrito a la Compañía, siempre y cuando no hubiere renunciado a este derecho.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al fallecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Rehabilitación.

Cuando los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado si el Asegurado lo solicita por escrito, presenta pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía y paga el costo que fije ésta de conformidad con los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Aviso de siniestro.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Pruebas.

El reclamante presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la reclamación.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Indemnización.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la suma asegurada que corresponda por fallecimiento y la indemnización que corresponda por pérdidas orgánicas se pagará al propio asegurado.

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Comunicaciones.

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen. Si el seguro se pactara en moneda extranjera, los pagos correspondientes se harán en Moneda Nacional, al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación que rija en el momento en que se efectúen los pagos. Los pagos se efectuarán en el domicilio de la Compañía.

Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, deberá observarse, en los casos que así corresponda, lo estipulado en el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Competencia.

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos que para tal efecto se señalan en la Ley de Protección y Defensa de Usuario de Servicios Financieros.

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, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de acuerdo a lo estipulado en el artículo 276 de la 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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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;

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;

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;

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;

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;

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;

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 dicte 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

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 el 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.

Cláusula de actividades ilícitas

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, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) 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.*

Cláusula de segunda opinión

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

Aviso de privacidad

Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.mx

CLASIFICACIÓN DE COBERTURAS POR ACCIDENTE.

Coberturas por Muerte y/o Pérdidas Orgánicas

Muerte Accidental (MA)
Pérdidas Orgánicas “A”(POA)
Pérdidas Orgánicas “B”(POB)
Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “A”(MAPOA)
Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “B”(MAPOB)
Accidente Colectivo (AC)
Accidente de Trabajo (AT)
Doble Indemnización por Accidente Colectivo “A” (DIPACA)
Doble Indemnización por Accidente Colectivo “B” (DIPACB)

Coberturas por Invalidez

Pago de Suma Asegurada por Invalidez a Consecuencia de Accidente, 3 meses de espera (PAIA 3)
Pago de Suma Asegurada por Invalidez, a Consecuencia de Accidente, 6 meses de espera (PAIA 6)
Pago de Suma Asegurada por Invalidez a Consecuencia de Accidente de Trabajo, 3 meses de espera (PAIAT 3)
Pago de Suma Asegurada por Invalidez, a Consecuencia de Accidente de Trabajo, 6 meses de espera (PAIAT 6)

Coberturas por Daños a la Salud

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA)
Indemnización Diaria por Hospitalización (IDH)

RIESGOS CUBIERTOS.

Coberturas por Muerte y/o Pérdidas Orgánicas.

Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Pérdidas Orgánicas “A”(POA)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la Tabla de Indemnización “A”, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre una o más pérdidas orgánicas.

Tabla de indemnización “A”:

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Pérdidas Orgánicas “B”(POB)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la Tabla de Indemnización “B”, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre una o más pérdidas orgánicas.

Tabla de indemnización “B”:

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
Tres dedos, que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%

El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%
Un ojo	30%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%

La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “A” (MAPOA)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece o sufre pérdidas orgánicas.

Tabla de indemnizaciones “A”:

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

La indemnización en caso de fallecimiento, se pagará a los Beneficiarios designados y la correspondiente a pérdidas orgánicas se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “B” (MAPOB)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece o sufre pérdidas orgánicas.

Tabla de indemnizaciones “B”:

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
Tres dedos, que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%
Un ojo	30%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%

La indemnización en caso de fallecimiento, se pagará a los Beneficiarios designados y la correspondiente a pérdidas orgánicas se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Accidente Colectivo (AC)

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un Accidente Colectivo, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Accidente de Trabajo (AT).

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un Accidente de Trabajo, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Doble Indemnización por Accidente Colectivo "A" (DIPACA)

La Compañía duplicará la indemnización señalada en la cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas "A" (MAPOA), si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridas por el Asegurado a consecuencia de Accidente Colectivo.

Doble Indemnización por Accidente Colectivo "B" (DIPACB)

La Compañía duplicará la indemnización señalada en la cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas "B" (MAPOB), si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridas por el Asegurado a consecuencia de Accidente Colectivo.

Riesgos No Cubiertos por las Coberturas de Muerte y/o Pérdidas Orgánicas.

Accidentes por participación del Asegurado en:

- **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Riña cuando él la haya provocado.**
- **Motociclismo**

Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por lesiones accidentales.

Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.

Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.

Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

Muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.

Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.

Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

Cancelación.

Estas coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

Cuando el Asegurado reciba el beneficio de alguna cobertura por invalidez que estuviere contratada en la póliza.

Coberturas por Invalidez

Pago de Suma Asegurada por Invalidez a Consecuencia de Accidente, 3 meses de espera (PAIA 3)

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de 3 meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez a Consecuencia de Accidente, 6 meses de espera (PAIA 6)

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de 6 meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Pago de suma Asegurada por Invalidez, a Consecuencia de Accidente de trabajo, 3 meses de espera (PAIAT 3)

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un Accidente de Trabajo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de 3 meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Pago de suma Asegurada por Invalidez, a Consecuencia de Accidente de trabajo, 6 meses de espera (PAIAT 6)

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un Accidente de Trabajo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de 6 meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Cancelación.

Estas coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 60 años.

Cuando se haya efectuado un pago por pérdida orgánica y el monto liquidado sea del 100%

En caso de no haber cubierto el 100% por pérdida orgánica, se liquidará la suma asegurada complementaria.

Riesgos No Cubiertos por las coberturas de Invalidez.

Accidentes por participación del Asegurado en:

- **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Riña cuando él la haya provocado.**
- **Motociclismo**

Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

Invalidez provocada por lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.

Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.

Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.

Coberturas por Daños a la Salud.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente. (RGMA)

Si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo; se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancias o medicinas, la compañía pagará además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho el asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto previa comprobación, a costa de la Compañía.

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia, necesarios a consecuencia de accidente, serán cubiertos por la compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima asegurada en esta cobertura.

Los gastos por ambulancia o de traslado del asegurado se pagarán hasta un máximo de 5% de la suma asegurada contratada por esta cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta cobertura.

Los gastos cubiertos por accidente se pagarán por período máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente sin que en ningún caso excedan de la suma contratada.

Riesgos No Cubiertos

Los gastos de hospitalización a terceros.

Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al Asegurado.

Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.

Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up).

Accidentes por participación del Asegurado en:

- **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Motociclismo.**
- **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Riña cuando él la haya provocado**

Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si estos fueran prescritos por un médico

Cancelación

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

Indemnización Diaria por Hospitalización (IDH)

La compañía pagará al Asegurado la renta contratada si el Asegurado se hospitaliza a consecuencia de un accidente y por prescripción de un médico.

El beneficio descrito anteriormente aplica para cada accidente cubierto para un período mínimo de hospitalización de 24 horas y hasta treinta días, una vez transcurrido el periodo de espera de 30 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación.

Riesgos No Cubiertos.

Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al Asegurado.

Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.

Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up).

Accidentes por participación del Asegurado en:

- **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Conducción de motocicletas y vehículos de motores similares.**
- **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si éstos fueran prescritos por un médico

Cancelación.

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

Al acumularse los 30 días de hospitalización en un año póliza quedará cancelada la cobertura hasta la próxima anualidad.

¿Qué hacer en caso de siniestro?

Este instructivo tiene como propósito informar sobre el trámite que se debe seguir y la documentación que deberán presentar los Beneficiarios en caso de siniestro.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN CASO DE FALLECIMIENTO

- Documentos Generales
- Póliza original y último recibo de pago

Impreso “Reclamación Pago Siniestros Vida” (proporcionada por la Compañía).

Original o Copia Certificada de:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento o pasaporte del Asegurado
- Acta de matrimonio en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge, acta de nacimiento de cualquier otro Beneficiario.

Original o Copia de.

- Una identificación oficial (pasaporte o credencial del IFE) de cada uno de los Beneficiarios.

Si el Fallecimiento ha sido Producido como Consecuencia de Accidente

Además de los Documentos Generales:

- Copia certificada del acta levantada ante el ministerio público.

DOCUMENTACION NECESARIA EN CASO DE INVALIDEZ, ENFERMEDADES GRAVES, PERDIDA DE MIEMBROS O INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN.

Documentos Generales

- Impreso “Reclamación Pago de Siniestros Vida” (proporcionado por la Compañía).
- Impreso “Informe del Reclamante” (proporcionado por la Compañía).
- Impreso “Informe Médico” (proporcionado por la Compañía).
- Original o copia certificada del acta de nacimiento o pasaporte del Asegurado.
- Invalidez y Pérdidas Orgánicas

Además de los Documentos Generales:

- Formas MT3 o MT4 expedida por el I.M.S.S. (si no está afiliado al I.M.S.S. será suficiente con el impreso “Informe Médico” proporcionado por la Compañía).

Reembolso de Gastos Médicos

Usted deberá dar aviso a la Compañía dentro de los 10 días siguientes a la fecha de ocurrido el siniestro, si a consecuencia de un accidente se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancias o medicinas.

Además de los Documentos Generales:

- Documentos comprobatorios (evidencias clínicas radiológicas, histológicas y de laboratorio), que respalden los Gastos Médicos.

Hospitalización

Además de los Documentos Generales:

- Documento que compruebe la fecha de ingreso y salida del hospital.

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de Marzo de 2001, con el número DVA-S-101/2001/CONDUSEF-000940-02, CGEN-S0001-0185-2013 de fecha 30 de Octubre de 2013 y CGEN-S0001-0100-2014 de fecha 24 de Junio de 2014, al 21 de junio 2016 con número RESP-S0001-0213-2016 y al 01 de agosto 2016 con el número CGEN-S0001-0128-2016.

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al
01 800 201 6764
en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro
Centro de Atención Telefónica
01 800 837 1133
de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx

