

Accidentes Personales **COLECTIVO GFN**

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

01 800 500 2500

de lunes a viernes de 9:00 a.m a 7:00 p.m.
y sábado de 9:00 a.m. a 3:00 p.m.
o consulta segurosbanorte.com



ÍNDICE

DEFINICIONES	3
CLAUSULAS GENERALES	7
CLASIFICACIÓN DE COBERTURAS POR ACCIDENTE	25
Coberturas por Muerte y/o Pérdidas Orgánicas	25
Coberturas por Invalidez	25
RIESGOS CUBIERTOS	26
COBERTURAS POR MUERTE Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS	26
Muerte Accidental (MA)	26
Pérdidas Orgánicas “A”(POA)	28
COBERTURAS POR INVALIDEZ	33
Invalidez Total y Permanente por Accidente (ITPA).	33

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.

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.

Asegurado.

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada aceptados por la Compañía y que se encuentran amparados por los riesgos cubiertos en este contrato de seguro.

Beneficiario

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

Colectividad Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Colectividad Asegurada

Colectividad Asegurada es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, que han llenado, firmado y entregado a la Compañía, por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Compañía.

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 la persona moral, que ha solicitado la celebración del contrato de seguro, responsable

ante la Compañía de pagar la prima de seguro.

En el presente caso es Banco Mercantil del Norte S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte.

Endoso

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

Invalidez Total y Permanente

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y que le impida al Asegurado el desempeño de todas las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual. Además se considerarán como invalidez total y permanente:

- La pérdida completa y definitiva de la función de la vista de ambos ojos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambas manos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambos pies.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y un pie.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y la vista de un ojo.
- La amputación o anquilosis total y permanente de un pie y la vista de un ojo.

En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

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 tratamiento 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 o fueron tratados con algún medicamento o tratamiento.

Prima Neta:

Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza, especificado en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

Costo de Adquisición:

Es el porcentaje de la prima, que por concepto de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

Práctica Profesional de Cualquier Deporte

Es la práctica física de un juego, deporte o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual recibe un pago económico o un patrocinio en especie o ambas.

Práctica Ocasional

Es la práctica física de un juego, deporte o competencia cuya actividad se realiza sin fines de lucro, sin atender reglas ni tener protección o equipamiento especial, realizada en conjunto o individual pudiendo ocasionar lesiones a la persona.

CLAUSULAS GENERALES**Contrato**

Esta póliza, la solicitud de seguro, el registro de Asegurados, los consentimientos y certificados individuales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante, cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes de la Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades.

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.

Certificados individuales

La Compañía expedirá y entregará al Contratante un certificado individual para cada uno de los asegurados, a efecto de que éste lo entregue a cada uno de los asegurados. Cada certificado contendrán, cuando menos, los siguientes datos:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Compañía;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del certificado
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura;
- h) Nombre de los Beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción íntegra del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Suma asegurada

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro de la colectividad asegurada, por reglas que eviten la selección adversa a 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). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

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.

Registro de Asegurados

La Compañía formará el registro de Asegurados, mismo que deberá contener nombre, edad, sexo, suma asegurada, número de certificado individual, fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro y coberturas amparadas. Si el Contratante lo solicita la Compañía entregará copia del registro de Asegurados.

Carencia de restricciones

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

Sustitución del Contratante

En caso de que el seguro colectivo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al presente Contrato dentro de los

30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de que se ha operado una sustitución en el Contratante del seguro; sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante. La Compañía se obliga a reintegrar a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y lo correspondiente de acuerdo a la cláusula de Participación de Utilidades, de acuerdo a los procedimientos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia del contrato:

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la colectividad asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los Beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la colectividad asegurada dentro de los 30 días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso a la Compañía dentro del término de 15 días naturales, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.
- d) Enviar a la Compañía los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo de seguro en curso.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del seguro.

En este caso, la Aseguradora restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja de la colectividad. El procedimiento que utilice la Compañía para este cálculo, será previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cancelación de la póliza

El Contratante podrá solicitar la cancelación de la póliza mediante comunicación escrita a la Compañía. Significando esto, que todos y cada uno de los certificados serán cancelados.

La cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación especificada en el escrito emitido por el Contratante, la que sea posterior.

Cancelación de certificados

En caso de cancelación, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición, calculada en días exactos, de los Integrantes que se den de baja de la colectividad.

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, y que la colectividad se encuentre integrada por 10 individuos cuando menos. **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, además, no se solicitarán requisitos de asegurabilidad adicionales.

Edad

Las edades declaradas por los miembros de la colectividad asegurada deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro de la colectividad asegurada, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real, 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, 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 éste se encuentra dentro de los límites de admisión otorgados la Compañía pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada, por el cociente obtenido al dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

Edad Fuera de Límite

En caso de que la edad real de un Asegurado se encuentre fuera del límite establecido por la Compañía, en la fecha de su ingreso a la Colectividad Asegurada, será rescindido el certificado de seguro correspondiente a dicho Asegurado, debiendo la Compañía devolverle la reserva matemática correspondiente.

Las edades de aceptación, se presentan en la siguiente tabla:

Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Cancelación Automática
18 años	65 años	70 años

La edad real del Asegurado es la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro.

Prima

La prima de la colectividad deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y sumas aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

Los ajustes que sea necesario efectuar a la prima con motivo de altas y bajas que ocurran durante la vigencia del seguro, se harán de la siguiente manera:

- a) En los casos de baja, se procederá de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Baja de Asegurados
- b) En los casos de nuevos seguros que se contraten posteriormente a la fecha de esta póliza, o de cualquier aumento en los seguros ya en vigor, se cobrará al Contratante una prima adicional.

Pago de Prima

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

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.

Periodo de Gracia

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, la prima total de miembros de la colectividad correspondiente a los treinta días de gracia.

Beneficiarios

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro de la colectividad puede cambiar el Beneficiario o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Compañía.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él haciéndolo constar por escrito y notificándolo a la Compañía y al Beneficiario. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, en el certificado y / o consentimiento correspondiente. Esta constancia será el único medio de prueba admisible.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En este caso el importe del seguro para éste, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

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.

Advertencias:

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

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.

Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

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.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía, por su propio derecho o a solicitud del

Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado. De cualquier forma, se hará el ajuste correspondiente en cuanto a primas se refiere.

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.

Participación en las utilidades

Este Contrato de Seguro no tiene derecho a participación de utilidades.

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. Así mismo, los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o a los beneficiarios, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de éstos.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante, Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen.

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 podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título 5 Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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 calculado de acuerdo a lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este

artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas

de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

IX. 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.

X. 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

XI. 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.

Información de Comisión

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

Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

Artículo 17.- Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

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

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente de la

Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.-

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros Colectivos cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

PARA CONTRATANTE

Para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, “El Contratante”, (Nombre o razón social del contratante”, se obliga a mantener integrado un expediente de identificación de todos y cada uno de los asegurados que integran la colectividad asegurada. Dicho expediente estará en todo momento a disposición de la Aseguradora para su consulta o para que ésta lo proporcione a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cada expediente deberá contener, cuando menos lo siguiente (copia simple):

Persona Moral

DATOS	DOCUMENTOS (copia simple)
Denominación o Razón Social	Acta constitutiva con datos de Registro Público de Comercio
Domicilio particular (Calle, número, colonia, C.P., Delegación o Municipio, Ciudad, Población y Entidad Federativa	Cédula de Identificación Fiscal
Nacionalidad	Comprobante de Domicilio
Fecha de Constitución	Testimonio notarial de poder notarial
Giro Mercantil u objeto social	Identificación oficial de apoderados o representantes
Teléfono	
R.F.C.	
Datos de apoderado o representante legal (de conformidad a lo solicitado a la persona física)	

CLASIFICACIÓN DE COBERTURAS POR ACCIDENTE

Coberturas por Muerte y/o Pérdidas Orgánicas

- A. Muerte Accidental (MA)
- B. Pérdidas Orgánicas “A”(POA)

Coberturas por Invalidez

- C. Pago de Suma Asegurada por Invalidez a Consecuencia de Accidente (ITPA)

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.

CANCELACION AUTOMATICA

Cuando al renovar la póliza el Asegurado tenga 70 años cumplidos.

Riesgos No cubiertos por la Cobertura de Muerte**Accidental (MA):**

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.
3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador
4. Muerte ocurrida por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.

5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.
6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y bacteriológica.
7. Suicidio o lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
8. 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 y sujeta a itinerarios regulares.
9. Inhalación de gas de cualquier tipo, a menos que se demuestre que fue accidental.
10. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
11. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
12. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
13. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

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 dedo índice de cualquier mano	10%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%

La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aun 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.

Riesgos No cubiertos por la Cobertura de Pérdidas Orgánicas (PO):

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo,**

charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador**
4. **Lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
8. **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 y sujeta a itinerarios regulares.**

9. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

10. Lesiones del Asegurado que se manifiesten 90 días después de ocurrido el accidente.

DOCUMENTOS PARA HACER LA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Muerte Accidental

A continuación se indican de manera enunciativa más no limitativa los documentos y/o requisitos que derivado de un siniestro, el beneficiario tienen obligación de presentar a la Compañía para reclamar la indemnización correspondiente al siniestro, de acuerdo a lo siguiente:

- Original de los formatos de reclamación denominados “Informe del Reclamante” y, los cuales serán proporcionados por la Compañía al momento de presentar su reclamación. Este documento será llenado en forma completa y con letra legible.
- Original del formato para pago por transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía al momento de presentar su reclamación. Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el beneficiario.
- En caso de que la tuviera, el beneficiario deberá exhibir copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma del Asegurado.
- Copia simple del estado de cuenta a la cual el o los beneficiarios autorizan que se efectúe, vía transferencia electrónica, el pago reclamado.
- Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.

- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario(s).

Invalidez Total y Permanente por Accidente, y Pérdidas Orgánicas.

A continuación se indican de manera enunciativa más no limitativa los documentos y/o requisitos que derivado de un siniestro, el Asegurado tiene obligación de presentar a la Compañía para reclamar la indemnización correspondiente al siniestro, de acuerdo a lo siguiente:

- Original de los formatos de reclamación denominados “Informe del Asegurado” y, los cuales serán proporcionados por la Compañía al momento de presentar su reclamación. Este documento será llenado en forma completa y con letra legible.
- Original del formato para pago por transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía al momento de presentar su reclamación. Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el Asegurado.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma.
- Copia simple del estado de cuenta a la cual el Asegurado autoriza que se efectúe, vía transferencia electrónica, el pago reclamado.
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- En caso de tenerlo, el Asegurado deberá exhibir copia del certificado o póliza..
- Copia simple de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al siniestro en caso de que la tuviesen.

Adicional a éstos, es indispensable presentar la siguiente documentación por cobertura:

Muerte Accidental

- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario(s).
- Original del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario.
- Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (original).
- Certificado de Defunción o Acta de Defunción del Asegurado.
- Comprobante Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.

Invalidez Total y Permanente por Accidente, y Pérdidas Orgánicas:

- Original Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración “A” y “B” debidamente contestados y firmados tanto por el Asegurado como por el Médico que atendió al Asegurado al momento de la eventualidad.
- Copia simple de la CURP del Asegurado.
- Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó, siempre y cuando el médico sea Especialista con Cédula registrada en el área afectada o un médico laboral certificado extienda el informe y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones); o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Resumen médico que especifique el padecimiento incapacitante, fecha de diagnóstico y fecha de la pérdida de la capacidad para laborar. En original, firmado y sellado por la Institución en la que regularmente se atiende el afectado.

COBERTURAS POR INVALIDEZ

Invalidez Total y Permanente por Accidente (ITPA).

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada de esta cobertura.

Las edades de aceptación, se presentan en la siguiente tabla:

Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Cancelación Automática
18 años	60 años	61 años

La edad real del Asegurado es la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia de este Contrato de Seguro.

Riesgos No cubiertos por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente (ITPA):

- 1. Accidentes por participación del Asegurado en: servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección, actos delictivos. prueba o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículo 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, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.

- 2. 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.**
- 3. 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.**
- 4. Invalidez provocada por lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.**
- 5. Invalidez provocada por lesiones que se manifiesten 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

Pruebas.

Para hacer efectivo el pago de esta cobertura, se deberá entregar a la Compañía un dictamen médico de Invalidez Total por Accidente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañado con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Adicionalmente deberán presentar a la Aseguradora las formas de declaración que ésta les proporcione.

Al tramitarse alguna reclamación la Aseguradora tendrá derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado. Asimismo, tendrá el derecho de solicitar pruebas de que continúa el estado de Invalidez Total por Accidente, antes de la indemnización.

La obstaculización por parte del Asegurado o sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación de hechos de los cuales se derive una obligación para la Aseguradora, originará que cesen automáticamente los Beneficios de esta cobertura.

Documentos para hacer la reclamación en caso de siniestro.

- Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado
- Copia simple de Identificación oficial de Asegurado
- Informe del Médico (Formato entregado por la Compañía)
- Informe del Reclamante (Formato entregado por la Compañía) Formato de Invalidez expedida por el IMSS (la forma ST3, o la similar que otorga el ISSSTE), en caso de que el Asegurado no tenga ninguna protección social (IMSS o ISSSTE), carta formal de la Institución ó Médico que declara la Invalidez Total y Permanente por causa de accidente y Original de Declaraciones A y B (formatos proporcionados por la Compañía).
- Copia simple de las actuaciones del Ministerio Público (si se realizaron).

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 01, 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 **05 de junio de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0252-2019/CONDUSEF-003821-01**.