BANORTE | SEGUROS

CONDICIONES GENERALES
FÓRMULA ACCIDENTES BANORTE

Índice

PROTECCION 3

DEFINICIONES 3

CLAUSULAS GENERALES 4

PRIMAS 10

RIESGOS CUBIERTOS 11

MUERTE ACCIDENTAL (MA) 11

RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (MA): 11

PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO) 12

RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO): 13

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA) 14

RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA): 14

BANORTE | SEGUROS

SEGURO DE ACCIDENTES BANORTE
CONDICIONES GENERALES

PROTECCION
Es objeto de este contrato de seguro únicamente la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

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

CONTRATANTE
Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí, que se encuentra amparada por la cobertura que se indica en la carátula de la póliza y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

ASEGURADO
Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.

BENEFICIARIO
Persona(s) designada(s) en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.

DEDUCIBLE
Es el número de días que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista la hospitalización. El deducible equivale a tres días naturales.

ENDOSO
Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato de seguro y forma parte de éste.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES
Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticadas por un médico o provocaron un gasto o fueron aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.

HOSPITALIZACION
La Hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.

HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO
Institución legalmente autorizada para el diagnóstico por médicos, la atención médica y la atención quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que da servicio las 24 horas del día.

No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de personas mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales.

ACCIDENTE
Se entenderá por accidente, todo 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.

PÉRDIDA ORGÁNICA
Por pérdida de un pie o de una mano, 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 de ese ojo. Por pérdida de dedo, se entenderá la

amputación quirúrgica o traumática de dos falanges completos cuando menos de ese dedo o la pérdida total de su funcionamiento.

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

CLAUSULAS GENERALES
CONTRATO DE SEGURO
La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, y los endosos que se agreguen constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Asegurado.

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. 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.

INDISPUTABILIDAD
La cobertura contratada será indisputable después de haber transcurrido dos años ininterrumpidos a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Asegurado al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

CARENCIA DE RESTRICCIONES
Este contrato de Seguro no está sujeto a restricciones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

OMISION 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, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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 de Seguro, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

INDEMNIZACION POR MORA
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 y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, 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 calculada de acuerdo a lo establecido 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 cuente 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.

EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro. La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de aceptación establecidos por la Compañía, se aplicará la siguiente regla:

Si ocurriera un siniestro que afectará la cobertura contratada y la edad declarada no correspondiera a la edad real del Asegurado, se procederá al pago de la suma asegurada estipulada en dicha cobertura, lo anterior se debe a que la prima de tarifa es la misma para todas las edades.

EDAD FUERA DE LÍMITE

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de

admisión fijados, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión (artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Las edades de aceptación, se presentan en la siguiente tabla:

Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
18 años	69 años

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

VIGENCIA
La vigencia de este Contrato de Seguro comienza a las 12:00 horas de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza hasta las 12:00 horas de la fecha de vencimiento, también indicado en la carátula.

PRESCRIPCION
Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, plazo contado a partir de la fecha de acontecimiento que le dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la unidad especializada de la empresa.

El plazo de que trata el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

RENOVACION
El Asegurado tendrá derecho a renovar la cobertura contratada por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda de los 69 años en la fecha de renovación. El derecho a este beneficio cesa en sus efectos en caso de que no se pague la prima del recibo correspondiente dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de su vencimiento.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación. El pago de la prima acreditada mediante el recibo expedido por la Compañía se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor(cabe la posibilidad de que se presente un incremento en la tarifa) 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. El servicio de red médica y hospitalaria que se otorgará en cada renovación será igual o similar en calidad, servicio y ubicación con la originalmente contratada.

REHABILITACION
Cuando los efectos del Contrato de Seguro hubiesen cesado por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado ajustándose a lo siguiente:

Si la rehabilitación es solicitada en un período no mayor a 15 días contados a partir de la fecha de cancelación, el Contratante deberá solicitar dicha rehabilitación por escrito, acompañada de una carta de NO SINIESTRALIDAD y del pago correspondiente.
Si la rehabilitación es solicitada en un período mayor a 15 días contados a partir de la fecha de cancelación, esta NO se llevará a cabo, no obstante, el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva póliza.

MODIFICACIONES
Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El ejecutivo, 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).

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.

NOTIFICACIONES
El Asegurado podrá enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación del Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza.

Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento.

Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

LIQUIDACION
La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas.

INDEMNIZACIÓN
Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda por la cobertura de muerte accidental. Las indemnizaciones que correspondan por las coberturas de indemnización diaria por hospitalización, pérdidas orgánicas y pago de suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente, se pagará

directamente al Asegurado, siempre y cuando se encuentre con vida, en caso contrario se pagará a los beneficiarios designados.

En el supuesto en que la invalidez total y permanente le genere una incapacidad legal, el pago se hará al tutor designado en el juicio de interdicción correspondiente.

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

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 Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

TERMINACION DEL CONTRATO
El Contrato de Seguro termina sin responsabilidad posterior para la Compañía, con la liquidación del beneficio procedente o por la expiración de la vigencia del seguro, si en este último caso no se renueva en los términos de la cláusula respectiva.

AVISO DE SINIESTRO
Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES
Este Contrato de Seguro no tiene derecho a participación de utilidades.

BENEFICIARIOS
El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, por lo que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otras; por ejemplo “a los hijos menores del Asegurado”.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del Seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esta renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.
Si sólo se hubiera designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación.

En caso de que el Asegurado no hubiese hecho la designación de beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión de éste.

IMPORTANTE:
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 el 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.

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.

PRIMAS
PAGO DE PRIMAS
El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago 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 el monto de la prima correspondiente a dicho periodo

VALORES GARANTIZADOS
Este Contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

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.

RIESGOS CUBIERTOS

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

CANCELACION AUTOMATICA

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

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 actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.

7. Lesiones autoinflingidas, aún 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 o sujeta a itinerarios regulares.

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

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

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

12. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones que más adelante se detalla, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna(s) de las siguientes pérdidas orgánicas:

TABLA DE INDEMNIZACIONES "A"

PÉRDIDA DE:	% DE 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	100%

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 anular o el meñique de cualquier mano	5%

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada en 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.

CANCELACION AUTOMATICA

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

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 ocurridos 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 actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o 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 o sujeta a itinerarios regulares.

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

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

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

12. Lesiones o cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de ésta, el Asegurado es internado al menos cuatro días en una clínica, hospital o sanatorio, la Compañía le pagará al Asegurado, el monto que se calcule al multiplicar el número de días que en exceso del deducible el Asegurado haya sido hospitalizado por la suma asegurada diaria estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

El periodo máximo que cubrirá la Compañía será de treinta días, en exceso del deducible.

Si el Asegurado incurre en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, separadas por intervalos menores o iguales a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio.

CANCELACION AUTOMATICA

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA):

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

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

3. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.**

4. **Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que sea consecuencia de un accidente.**
5. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.**

6. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un**

accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

7. **Accidentes por participación del Asegurado en:**
   a) Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
   b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
   c) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
   d Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
   e) Conducción de motocicletas y vehículos de motores similares.
   f) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

8. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**

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

10. **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.**

11. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**

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

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 asesoría@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 **28 de septiembre de 2012**, con el número **CNSF-S0001-0413-2012/CONDUSEF-000713-01,** al **16 de octubre de 2015** con el número **CGEN-S0001-0184-2015**, al **21 de Junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016.**