

Protección Cancer Mujer

CONDICIONES GENERALES
SEGURO PROTECCIÓN CÁNCER MUJER

Índice

a) Definiciones.....	2
b) Descripción de coberturas.....	4
I. Diagnóstico de Cáncer.....	4
c) Exclusiones.....	4
d) Condiciones Generales.....	6

I. DEFINICIONES

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

1.1. ASEGURADO

Significa la persona de sexo femenino expuesta al evento cubierto por este seguro con derecho a los beneficios de la misma de acuerdo a lo especificado en la carátula de la póliza.

1.2 BENEFICIARIO

Respecto de la cobertura descrita en este contrato el propio Asegurado.

1.3 BENEFICIO

Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

1.4 CERTIFICADO INDIVIDUAL

Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar la calidad de cada Asegurado, que, cuando menos, contiene la siguiente información: operación de seguro, nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, número de la póliza, número del Certificado Individual, nombre del Contratante, vigencia del Contrato de Seguro, vigencia del Certificado Individual, Fecha de Alta del Certificado Individual, nombre del Asegurado, fecha de nacimiento del Asegurado, edad del Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, entre otros.

1.5 COMPAÑÍA

Significa que toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S.A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.

1.6 CONSENTIMIENTO

Significa el documento mediante el cual el Asegurado hace constar su voluntad para adherirse a la Colectividad Asegurada, respecto de la(s) cobertura(s) contratada(s) que vendrán

especificadas en la carátula de la póliza y/o certificado individual y vienen contempladas y detalladas en este Contrato de Seguro.

1.7 CONTRATANTE

Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro.

El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente sobre la colectividad asegurada y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.

1.8 CONTRATO DE SEGURO

Significa el contrato celebrado entre la compañía y el Contratante, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, integrado por los siguientes documentos:

- Estas condiciones generales;
- La solicitud;
- La carátula de la póliza
- Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro;
- Los endosos que en su caso se agreguen;
- Todos aquellos documentos entregados por la Compañía y/o a la Compañía.

1.9 DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Para efectos de este seguro se entenderá que el Diagnóstico de Cáncer deberá basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba o Reporte Patológico, emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que

emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

1.10 EVENTO

Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. También se podrá hacer referencia de éste como SINIESTRO.

1.11 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Significa la fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de éste Contrato de Seguro.

1.12 FECHA DE ALTA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

1.13 COLECTIVIDAD ASEGURADA

Significa las personas físicas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.

1.14 PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Contratante paga la Prima correspondiente pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse. Si llegare a ocurrir el Evento amparado durante el Periodo de Carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

La aplicación del Periodo de Carencia aplicará solo la primera vez que el Asegurado ingrese al seguro y no a sus renovaciones, salvo si estas no son consecutivas, en cuyo caso el periodo de carencia volverá a ser aplicado.

Para esta cobertura existirá un Periodo de Carencia igual a seis meses, el cual aplicará por

única ocasión al ingresar el Asegurado por primera vez al seguro y contado a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la póliza

1.15 REPORTE PATOLÓGICO

Significa los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, basadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos del sitio en donde se sospecha pueda existir lesión o una manifestación de Cáncer, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático; dichos documentos deberán estar fechados y firmados por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer la Especialidad en Oncología, osteopatía, anatomopatología, hematología o patología. Queda entendido que el médico que feche y firme el Reporte Patológico, no podrá ser familiar del Asegurado o vivir en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Reporte Patológico.

1.16 SUMA ASEGURADA

Significa la cantidad indicada en la carátula de la póliza que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento.

1.17 TARJETA DE CRÉDITO

Tarjeta de plástico expedida por el Contratante con motivo del otorgamiento de una línea de crédito a favor del Asegurado, con una banda magnética, asociada a Visa o Mastercard o a cualquier otra empresa operadora de sistemas o redes comerciales de pagos, que en algunas ocasiones cuenta con un microchip, y un número en relieve, que sirve para hacer compras y pagarlas en fechas posteriores.

1.18 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.

1.19 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.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

2. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará en una sola exhibición al Asegurado la suma asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o certificado correspondiente, cuando sea diagnosticada por primera vez en su vida, únicamente por algunos de los siguientes cánceres:

- a) Mamas
- b) Ovarios
- c) Útero

durante la vigencia de la presente póliza, dentro de los límites y condiciones que se especifican más adelante (demostración y periodo de carencia).

La presente cobertura se cancelará o dejará de surtir sus efectos al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- Al finalizar la vigencia del contrato, especificada en la Carátula de la Póliza y/o certificado correspondiente;
- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizada por el Diagnóstico de cualquiera de los cánceres mencionados más arriba.

2.2 DEFINICIÓN

Significa el Cáncer manifestado en el recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular). Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

2.3 DEMOSTRACIÓN

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

2.4 EXCLUSIONES

- a) La presente cobertura excluye a los Asegurados de sexo masculino.
- b) No se ampara el cáncer que sea efecto directo o indirecto, de alguna de las siguientes situaciones:

- Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la Fecha de Alta del Seguro.

Se entiende por Cáncer preexistente, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de cáncer, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento.

- **Cáncer manifestado en cualquier otro órgano o parte del cuerpo que no sea la mama, ovarios o útero;**
 - **Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- c) Cáncer que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado al momento de la emisión del Diagnóstico de Cáncer;**
- d) Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- e) Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**
- f) Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y**

Asimismo, la presente cobertura no ampara:

- g) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ, displasia cervical NIC-1 (representa una displasia leve, es el tipo de menor riesgo), NIC -2 (representa una displasia moderada a**

acentuada) y NIC -3 (representa una displasia severa); y

- h) Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

2.5 COMPROBACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA, OVARIOS O ÚTERO.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá realizar lo siguiente:

¿QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

La documentación necesaria para la reclamación de su seguro, es la siguiente:

1. Declaraciones A y B (Proporcionados por nuestra compañía);
2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Copia de la Identificación de la reclamante del seguro. (I.F.E. o Pasaporte);
4. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
5. Original o copia fotostática de su certificado de seguro.
6. Solicitud de pago vía transferencia, firmada por la reclamante.
7. Copia del estado de cuenta a la cual la reclamante está autorizando que se efectúe, vía transferencia, el pago reclamado. (Ocultar saldos y movimientos).
8. Aviso de Privacidad firmado por la reclamante.
9. Documentación que se acrediten el diagnóstico de cáncer de Mama, Ovarios o Útero por primera vez en la vida del Asegurado y en los términos de lo descrito en esta cobertura, mismos que incluirán:
 - Informe médico completo, con atención en los antecedentes personales patológicos del Asegurado, expedido por la Institución

de Salud Pública o Privada en la que se atiende regularmente.

- Resultados de los exámenes clínicos realizados, con sus respectivas interpretaciones.
- Original del reporte histopatológico.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el diagnóstico de Cáncer del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización.

En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

III. CONDICIONES GENERALES

3.1 EDAD

Para efectos de esta póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la Fecha de Alta del Certificado Individual y las subsecuentes renovaciones.

Para la aceptación y contratación de este seguro el Asegurado deberá tener una edad entre 18 años cumplidos y 65 años con 364 días.

Una vez Asegurado por primera vez y de manera consecutiva podrá renovarlo hasta los 70 años de edad con 364 días.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real en la fecha de su emisión, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la reserva matemática que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la Fecha de Alta del Certificado Individual.

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real del Asegurado en Fecha de Alta del Certificado Individual;
- Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha de Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;

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

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

3.2 PRIMA

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

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

En caso de pago fraccionado, la primera fracción de la Prima vence en la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo. Una vez vencido este primer pago de la Prima, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidarla. Los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.

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

3.3 VIGENCIA

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la póliza y/o Certificado Individual respectivo.

Durante la vigencia del Contrato de Seguro tendrán lugar altas y bajas de Certificados Individuales correspondientes a los Asegurados.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Alta del Certificado Individual especificada en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer o ser parte de la Colectividad Asegurada, el Asegurado sea dado de baja de la Colectividad por el Contratante o no sea reportado como Asegurado;
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado;
- En la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro.

3.4 RENOVACIÓN

Este seguro se considerará renovado por periodos de un año, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada periodo el contratante no da aviso por escrito que es su voluntad no renovarlo; La Compañía efectuará la renovación de acuerdo a los planes que se encuentren en vigor y debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Los Asegurados cuya edad real en la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos en la póliza, no podrá renovar la póliza.

La prima se aplicará de acuerdo al sexo y edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas en vigor, que resulte de calcular y actualizar los parámetros conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica usando información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En este seguro no aplica Deducible o Coaseguro alguno.

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.

3.5 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

La Compañía pagará al Beneficiario la indemnización que corresponda a la cobertura contratada, , previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

3.6 BENEFICIARIOS

Respecto de la cobertura descrita en este contrato el propio Asegurado.

3.7 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

De conformidad con lo establecido por el Artículo 15 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada (Asegurados), así como entregar a la Compañía los Certificados Individuales respectivos.
- Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- Comunicar a la Compañía cualquier cambio en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y
- Remitir a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.

Debe quedar debidamente pactado en este documento.

3.8 DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague la indemnización correspondiente por la cobertura contratada siempre y cuando se haya comprobado el siniestro. No pudiendo nunca exceder dichos Pagos el monto de la Suma Asegurada contratada que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

En caso de que el Contratante no entregue el Certificado Individual al Asegurado, éste podrá solicitarlo directamente a la Compañía.

3.9 INGRESOS

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 Asegurada.

Tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan otorgado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieren adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad Asegurada, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado dicha situación, podrá exigir requisitos médicos para asegurarlas, en caso de no hacerlo así, dichas personas quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratado el seguro.

3.10 BAJAS

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.

En este caso, 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 y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja de la colectividad.

3.11 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.

3.12 AVISO DE OCURRENCIA DEL EVENTO

Tan pronto como el Asegurado tengan conocimiento de la realización del siniestro (Evento) y del derecho constituido a su favor en

este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía, para lo cual gozará(n) de un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

3.13 INDEMNIZACIÓN

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

3.14 INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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.

3.15 PRESCRIPCIÓN

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

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

de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

3.16 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

3.17 RECTIFICACIONES Y MODIFICACIONES

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciban la póliza o el Certificado Individual, respectivamente.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

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

3.18 COMUNICACIONES

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio, indicado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

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

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

3.19 COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

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

3.20 MONEDA

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

3.21 CESIÓN

Este Contrato de Seguro no podrá ser cedido o transmitido por el Contratante sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía. Ningún Asegurado podrá ceder su Certificado Individual.

3.22 DIVIDENDOS

Esta póliza no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

3.23 SUSCRIPCIÓN

El contrato de seguro se perfeccionará desde el momento que el Asegurado tuvieren conocimiento de la aceptación de su inclusión en la Colectividad Asegurada (Artículo 21 Ley sobre el Contrato de Seguro).

3.24 TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas en este Contrato de Seguro se aplicarán en caso de Eventos ocurridos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. El presente Contrato de Seguro surtirá sus efectos exclusivamente dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

3.25 REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) fecha de entrada en vigor y de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

3.26 EXPEDIENTE

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, relativa a las pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

3.27 ACCESO A LA INFORMACIÓN

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y eficientar el proceso de administración y gestión de la póliza, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con 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, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

3.28 ENTREGA DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados el Certificado Individual, de la siguiente manera:

- Por escrito, cuando la Compañía no se encuentre en posibilidades de hacer llegar a los Asegurados sus respectivos Certificados Individuales, éstos deberán manifestarlo a la Compañía por escrito o telefónicamente al número 01 800 801 02 83, quien podrá optar por alguna de las siguientes opciones:
 - Ponerlo a disposición del Asegurado a través del Contratante; o
 - Por correo convencional o certificado al domicilio del Asegurado.
 - Enviar por correo electrónico el mencionado Certificado Individual, a más tardar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes contados a partir de la fecha en la que el Asegurado se haya comunicado con la Compañía.

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El

Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

3.29 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. Tratándose del Certificado Individual, se hará de conformidad con lo establecido en la Cláusula 3.28 anterior;
3. A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
4. A través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados.

Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono **01 800 801 02 83**; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

3.30 OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

La Compañía en este acto renuncia al derecho de rescisión del Contrato de seguro por omisiones o

inexactas declaraciones de hechos relevantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

3.31 RECLAMACIONES

El reclamante podrá optar, en caso de notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, en acudir ante un arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la compañía.

3.32 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.*

3.33 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.

3.34 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 **16 de abril del 2014**, con el número **CNSF-S0001-0434-2013/CONDUSEF-000725-02**, **CGEN-S0001-0195-2014**, al 07 de enero de 2016 con el número **MODI-S0001-0002-2016**, al **21 de Junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0127-2016**.

Producto operado por Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte

