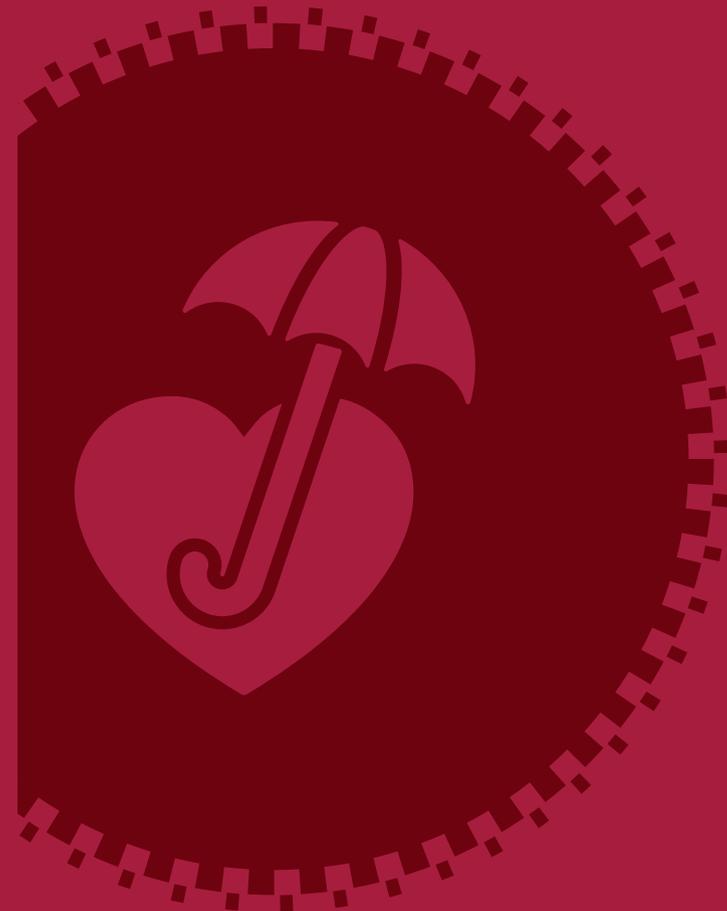


Vida Plenitud Total Banorte

Para reporte de siniestro llama al

01 800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 10:00 p.m.
o consulta segurosbanorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	9
COBERTURAS ADICIONALES	10
CLÁUSULAS GENERALES	21

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PLENITUD TOTAL BANORTE

DEFINICIONES

COMPAÑÍA

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

ACCIDENTE

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o su muerte.

No se consideran como accidentes, los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.

No se considerarán accidente las lesiones corporales o la muerte del Asegurado provocadas intencionalmente por él.

ASEGURADO

Es la persona física que se encuentra cubierta al amparo de este contrato de seguro, misma que al momento de ocurrir un evento que amerite indemnización, según lo establecido en esta póliza, tiene derecho al pago correspondiente.

BENEFICIO

Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado, en caso de ser procedente el evento, de acuerdo a lo estipulado en el presente contrato de seguro.

BENEFICIARIO

Es la persona física y/o moral indicada en la carátula de la póliza que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este contrato de seguro

EVENTO

La ocurrencia del riesgo amparado por este contrato de seguro, durante la vigencia del seguro. Se entenderá por un solo evento, el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento ocurrido durante la vigencia de la póliza.

HOSPITAL

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios y médicos.

INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Significa: (i) Instituto Mexicano del Seguro Social; (ii) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (iii) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; y/o (iv) cualquier otro instituto u organismo de seguridad social existente o que se establezca de conformidad con la legislación o normatividad aplicable en los Estados Unidos Mexicanos.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Significa aquellos padecimientos que con anterioridad a la contratación del seguro:

- a) Se haya declarado su existencia; o
- b) El Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
- c) Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico, solo si se contara con éste o el Asegurado tuviera acceso al mismo donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.

El Asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, 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 se 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;

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, 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 en alguna de las coberturas contratadas durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia será el establecido en la cobertura que corresponda. La aplicación del periodo de carencia aplicará solo la primera vez que el Asegurado ingrese al seguro y no a sus renovaciones, salvo si éstas no son consecutivas, en cuyo caso el periodo de carencia volverá a ser aplicado.

PERIODO DE ESPERA

Significa el plazo continuo y sin interrupciones que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento, durante el cual el Asegurado deberá mantenerse en estado de invalidez total temporal para tener derecho a la indemnización respectiva en caso de ser procedente.

El periodo de espera aplicable, será el establecido en la cobertura correspondiente.

PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE

Conjunto de actividades realizadas por una persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego 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.

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 y forma parte de éste.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad indicada en la carátula de la póliza y/o en el certificado respectivo, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

Son aquellas que, además de las generales, agregan al contrato condiciones particulares, prevaleciendo estas sobre las primeras.

CONTRATANTE

Es aquella persona física, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

ENFERMEDAD

Se entenderá por enfermedad la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible; que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

COBERTURA BÁSICA GASTOS FUNERARIOS (GF)

RIESGO CUBIERTO

En caso de que el Asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, una suma asegurada fija que se especificara en la carátula de la póliza.

Con el pago de la indemnización, quedarán canceladas las coberturas otorgadas bajo este contrato de seguro.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

1. Con apego a lo estipulado en las cláusulas de renovación y de terminación y/o cancelación del contrato.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 85 años.

EXCLUSIONES

Suicidio, sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia de la póliza, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la misma, sin importar el estado mental del Asegurado.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA HACER VÁLIDA LA COBERTURA:

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Declaración del evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original del acta de defunción;
3. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte haya ocurrido de forma violenta;
4. Acta de nacimiento, solo si no se ha comprobado previamente la edad del Asegurado;
5. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país; si y sólo si se encontrarán en poder del beneficiario de la cobertura de gastos funerarios.

6. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del beneficiario de la cobertura de gastos funerarios;
7. Copia de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
8. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
9. En caso de ser aplicable, original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);
10. Original o copia de la Póliza o el documento con el que acredite la existencia del seguro, si los tuviera.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. 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.

COBERTURAS ADICIONALES

HOSPITALIZACIÓN (HO) CONDICIONES PARTICULARES

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de póliza.

DEFINICIONES

HOSPITALIZACIÓN

Es la permanencia del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

URGENCIA MÉDICA

Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

PERIODO DE CARENCIA

Se establece un periodo de carencia de 60 días a partir del inicio de vigencia de la póliza para que la indemnización a que hace referencia esta

cobertura se aplique. El lapso mencionado no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones ininterrumpidas en las que no ha habido períodos sin cobertura o cuando se trate de una urgencia médica.

RIESGO CUBIERTO

La Compañía establece de acuerdo con los términos y condiciones de este contrato, que si el Asegurado requiere hospitalización por un período mínimo de 48 hrs. continuas a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta póliza, el Asegurado amparado por esta cobertura, tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, la suma asegurada que se especifica para este beneficio en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

1. Con apego a lo estipulado en las cláusulas de renovación y de terminación y/o cancelación del contrato.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 85 años.

Las indemnizaciones cubiertas por esta póliza no surtirán efecto cuando la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- 1 Padecimientos preexistentes, en los términos definidos.**
- 2 Lesiones o enfermedades que surjan de intento de suicidio.**
- 3 Hospitalización derivada de actos voluntarios del Asegurado como el daño corporal intencionalmente causado a sí mismo (en cualquier estado mental).**
- 4 Hospitalización derivada de culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
- 5 Hospitalización derivada de contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.**
- 6 Hospitalización derivada de cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.**

- 7 Hospitalización como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador.**
- 8 Hospitalización derivada de la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.**
- 9 Hospitalización derivada de procedimiento quirúrgico electivo y cualquier cirugía cosmética.**
- 10 Hospitalización derivada de esterilización, inseminación artificial, investigación / diagnóstico y tratamiento de infertilidad.**

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA HACER VÁLIDA LA COBERTURA:

1. Declaración del evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio;
4. Original o copia de la póliza o el documento con el que acredite la existencia del seguro, si lo tuviera;
5. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital;
6. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución como una urgencia médica.

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

**ROTURA DE HUESOS (RH)
CONDICIONES PARTICULARES**

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de póliza.

DEFINICIONES

FRACTURA

Discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

RIESGO CUBIERTO

La Compañía establece de acuerdo con los términos y condiciones de este contrato, que si el Asegurado sufriera una fractura ocurrida dentro de la vigencia de esta póliza, el Asegurado amparado por esta cobertura, tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, la suma asegurada que se especifica para este beneficio en la carátula de la póliza.

Para fines de este contrato, en caso de que en un mismo evento existan fracturas de varias falanges de un mismo dedo, todas ellas se considerarán como una sola fractura.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

1. Con apego a lo estipulado en las cláusulas de renovación y de terminación y/o cancelación del contrato.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 85 años.

El pago de las indemnizaciones cubiertas por esta póliza no surtirán efecto cuando la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- 1 Fracturas ocurridas antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.**
- 2 Fracturas patológicas secundarias a enfermedades crónicas que se vean involucrada la estructura ósea**
- 3 Fracturas que sufra el Asegurado ocasionados a consecuencia de la ingesta de drogas, narcóticos o alucinógenos.**

4 Fracturas ocurridas ante cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria o Accidentes que se desarrollen por esta causa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

5 Fracturas que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.

6 Fracturas que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA HACER VÁLIDA LA COBERTURA:

1. Declaración del evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio;
4. Original o copia de la póliza o el documento con el que acredite la existencia del seguro si los tuviera;
5. Documentos que acrediten su ingreso y egreso al hospital;
6. Historia clínica que describa el mecanismo del accidente y lesión, así como la fecha de la ocurrencia y tiempos de evolución como una urgencia médica;
7. Estudios de gabinete utilizados para el diagnóstico y manejo de la lesión.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la fractura del hueso, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización, como lo prevé el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL (ITT)
CONDICIONES PARTICULARES**

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de póliza.

DEFINICIONES

RIESGO CUBIERTO

Si como consecuencia directa de un accidente o enfermedad cubierto, el Asegurado sufriera un estado de invalidez total temporal o que sufra una invalidez crónica que le impida llevar a cabo por lo menos dos de seis actividades de la vida diaria sin ayuda directa de otra persona, la Aseguradora pagará la suma asegurada contratada.

Estas actividades son:

- Bañarse: capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo, incluyendo la acción de entrar y salir de la ducha.
- Vestirse: capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.
- Alimentarse: capacidad de ingerir alimentos de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo de alimentación o de forma intravenosa.
- Desplazarse: capacidad para meterse en la cama y levantarse de ella, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.
- Necesidades corporales: capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, y de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.
- Continencia: capacidad para controlar voluntariamente la función intestinal y urinaria, o la correcta utilización de sistemas alternativos de continencia (catéter o bolsa de colostomía).

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por invalidez total temporal, la inhabilitación total que sufre el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de la póliza, que imposibilita al Asegurado temporalmente para el desempeño de su vida o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluido permanentemente en su domicilio, por prescripción de un médico que cuente con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con excepción de las salidas de su

domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

1. Con apego a lo estipulado en las cláusulas de renovación y de terminación y/o cancelación del contrato.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 85 años.

Exclusiones

Esta póliza no cubre:

1. Enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes

2. Accidentes que se originen por participar en:

- a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- b. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

3. Salvo pacto contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:

- a. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y terrestres.
- d. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

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

5. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones, excepto si fue por causa de un accidente.

6. Tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las que resulten indispensables a consecuencia de un accidente.

Única y exclusivamente respecto de esta cobertura, por “padecimientos preexistentes por invalidez total temporal” deberá entenderse:

- Aquellos padecimientos del Asegurado que con anterioridad a la contratación del seguro el Asegurado haya tenido conocimiento, haya recibido tratamiento médico por un médico o especialista que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de que existía un pronóstico de desarrollar invalidez total temporal, derivado del padecimiento de que se trate.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA HACER VÁLIDA LA COBERTURA:

1. Declaración del evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio;
4. Copia de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
5. Original de la póliza o el documento con el que acredite la existencia del seguro, si los tuviera;
6. Original del informe médico que acredite el estado de invalidez total temporal; expedido por el médico especialista en el sistema u órgano afectado, que contenga cédula profesional y registro de la Secretaría de Salud.
7. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la invalidez total temporal;
8. Historia clínica que señale padecimientos y tiempos de evolución, con fecha de inicio y tratamientos otorgados.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el estado de invalidez total temporal 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.

MODIFICACIONES AL HOGAR (MH) CONDICIONES PARTICULARES

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en la carátula de póliza.

DEFINICIONES

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

- a) Aquella condición del Asegurado de carácter permanente, que se manifiesta durante la vigencia de la Póliza, derivada de un accidente o enfermedad y permanezca de forma continua durante un periodo de espera que se especificará en la carátula de la póliza, que impida al Asegurado desempeñar un trabajo u ocupación remunerados compatibles con sus conocimientos, aptitudes o posición social y por consiguiente no se procure la totalidad de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez; o
- b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, de ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no será necesario que transcurra el periodo de espera arriba indicado.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

- a) Pérdida de una mano: su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del puño o arriba de ella.
- b) Pérdida de un pie: su separación completa o anquilosamiento, desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- c) Pérdida de la vista de un ojo: la desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

RIESGO CUBIERTO

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad, durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al mismo o a los beneficiarios, la suma asegurada contratada para esta cobertura y que se estipula en dicha carátula. En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de una enfermedad, aplicará un periodo de carencia.

A efecto de decretar el estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro.

En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de una enfermedad cuenta con un periodo de espera de 90 días y un periodo de carencia de 60 días contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

1. Con apego a lo estipulado en las cláusulas de renovación y de terminación y/o cancelación del contrato.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 85 años.

Exclusiones

La Compañía no pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de:

1. Intento de suicidio del Asegurado.
2. Lesiones autoinflingidas del Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntaria, incluyendo las realizadas mediante cualquier procedimiento quirúrgico, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o la salud del Asegurado.
3. Actos ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
4. Participación directa del Asegurado en actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
5. Contaminación radioactiva producida por combustibles o desechos nucleares.

6. El contacto con cualquier propiedad radiactiva, explosiva o de alto riesgo de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear.

7. Como consecuencia de o en relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales o su participación en cualquier tipo de riña, siempre que sea el provocador, o actos relacionados con los anteriores.

8. La participación del Asegurado en la práctica profesional de cualquier deporte, actividades y deportes bajo el agua y cualquier deporte que requiera del uso de máquinas para vuelo, vehículos de motor o la participación de algún animal.

9. Cualquier cirugía, incluyendo cirugía estética, realizada a voluntad del Asegurado o cirugías elegidas voluntariamente por el Asegurado.

10. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina o sin la especialidad requerida para llevar a cabo dicho procedimiento.

11. Padecimientos preexistentes, en los términos definidos.

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

- Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para determinar este estado, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado de "DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA HACER VÁLIDA LA COBERTURA", el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, que no sean familiares del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar dicha invalidez total y permanente. En caso de controversia dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del presente contrato de seguro.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA HACER VÁLIDA LA COBERTURA

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
2. Dictamen Médico que acredite la Invalidez Total y Permanente, emitido por un Médico o Especialista que cuente con Cédula Profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, según sea el caso, en el entendido de que el Médico que emita el Dictamen Médico no podrá ser familiar del Asegurado, o bien, emitido por alguna institución de seguridad social.
3. Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude a comprobar la Invalidez Total y Permanente.
4. Copia de una identificación oficial del Asegurado por ambos lados.
5. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del (los) Beneficiario(s).
6. En caso de contar con la Clave Única de Registro de Población del(los) Beneficiario(s), presentar original (para cotejo) y copia.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la ocurrencia del evento, 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.

CLÁUSULAS GENERALES

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO.

El Asegurado acepta y autoriza a Seguros Banorte para que la contratación del seguro, pueda celebrarse por medio del uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, así como de sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, tales como el teléfono, Internet, cajeros automáticos u otros, los cuales acreditarán la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones de las partes y regirán por lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, y demás disposiciones aplicables.

Seguros Banorte podrá implementar con el Asegurado, medios de identificación consistentes en dispositivos de seguridad (en adelante los Dispositivos de Seguridad), individuales y confidenciales, tales como: contraseñas electrónicas alfanuméricas, números de identificación personal (NIP's), medios de autenticación (Dispositivo Físico) que generen claves, medios biométricos o cualquier otro, permitido por ley.

Cualquiera de los medios de identificación antes mencionados, se entenderán como sustitutos de la firma autógrafa del Asegurado, por lo que lo obligarán y producirán los mismos efectos que ésta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, por lo anterior, su uso obligarán al Asegurado.

El Asegurado acepta, de manera expresa e irrevocable, ser el único responsable por el uso que se le dé a los Dispositivos de Seguridad, liberando a Seguros Banorte de cualquier responsabilidad al respecto.

Si la contratación se hace vía cajero automático, el Asegurado autoriza a Seguros Banorte a usar el Número de Identificación Personal (NIP) que va ligado a la tarjeta de débito que está utilizando para la aceptación del seguro, como medio de identificación.

FORMALIZACIÓN DEL SEGURO.

El Contratante manifiesta que puede proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del uso de los distintos medios electrónicos, entre ellos a través del cajero electrónico, con cargo de la prima a la tarjeta bancaria de débito usada en el cajero automático.

Por lo anterior; las partes aceptan que la contratación de este seguro, puede realizarse por medios electrónicos por lo que en su caso, se entenderá aceptada y con ello perfeccionado el contrato de seguro desde el momento de la emisión del número de póliza o folio con que la Compañía responderá por las coberturas contratadas en la misma.

Este seguro sólo tiene las coberturas básicas y adicionales indicadas en estas condiciones generales, por lo que las partes aceptan que no es posible contratar alguna otra cobertura para este seguro.

Las partes, reconocen que el desbloqueo del Número de Identificación Personal (NIP) para las tarjetas bancarias, deberá efectuarse de acuerdo con los procedimientos establecidos por el banco, para el uso de tarjetas bancarias.

Al realizarse la contratación del seguro, la Compañía deberá proporcionar al Asegurado:

- Un número de folio de confirmación que corresponde a la solicitud y aceptación de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, para que pueda consultar las condiciones generales del producto;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros, quejas, para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente.
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

Además la Compañía hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación, lo estipulado en esta cláusula.

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. 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 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos antes que el Asegurado, 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.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios 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 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.

NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO.

La Compañía le hará llegar al Asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la siguiente información:

- I. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;
- II. Alta y/o modificación del medio de notificación al usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;
- III. Contratación de otro servicio de operaciones electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

La compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual del seguro contratado en la cual consten los derechos y obligaciones de las partes en el contrato de seguro, enunciativamente a través de alguno de los medios siguientes:

- 1.- Al correo electrónico del Contratante y/o Asegurado previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales en formato PDF y avisos del producto, excluyendo publicidad.
- 3.- En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.
- 4.- Envío físico al domicilio indicado por el Contratante y/o Asegurado, o al de su estado de cuenta.

De forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx o en www.banorte.com o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 01 800 500 25 00.

INDISPUTABILIDAD.

Al no existir cuestionario previo, no existen omisiones o reticencias que; sin mala fe, el Contratante o Asegurado haya tenido al efectuar la declaración de seguro, con base en las cuales se ha emitido y formalizado la póliza, por lo que no le resultaran perjudiciales al Asegurado, salvo que se trate de la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración del presente contrato de seguro, cuando esta se ubique fuera de los límites de aceptación fijados en las presentes condiciones generales.

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, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitarlo por escrito a la Compañía, mediante llamada

telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 01 800 500 2500 o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, 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.

La cancelación anticipada del seguro no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras el seguro estuvo en vigor.

PROTECCIÓN.

Es objeto de este contrato, únicamente las coberturas básica y adicional estipuladas en la carátula de la póliza.

CONTRATO DE SEGURO.

La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, las cláusulas adicionales 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 de 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.

Para hacer valer sus derechos, el beneficiario, el Asegurado o sus causahabientes podrán dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía,
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros,
- Los Tribunales Competentes

SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los doce primeros meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este contrato de seguro no está sujeto a restricciones de residencia, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

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 tratados internacionales 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.

INDEMNIZACIÓN 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 o Beneficiario, 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 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.

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

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

En 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.

DESCUENTOS A LA EDAD.

Este contrato de seguro no considera para el cálculo de la prima, ningún descuento en la edad real del Asegurado.

EDAD FUERA DE LÍMITE.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en 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:

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
GF	18 años	80 años
HO	18 años	80 años
RH	18 años	80 años
ITT	18 años	80 años
MH	18 años	80 años

La cobertura será cancelada automáticamente. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 85 años.

MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato de seguro, ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que sea obligatorio el pago indemnizatorio.

INMUTABILIDAD.

Durante la vigencia establecida en la carátula de la póliza, la Compañía no podrá modificar las primas en ella acordadas.

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.

PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos años, en los demás casos.

Dichos plazos empezarán a contar a partir de la fecha de acontecimiento que les 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 sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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.

RENOVACIÓN.

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Asegurado comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza, **siempre y cuando la edad del Asegurado no exceda los 84 años a la fecha de la renovación.**

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de la renovación y de conformidad con la tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

REHABILITACIÓN.

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

- a) Si la rehabilitación es solicitada en un período no mayor a 30 días contados a partir de la fecha de cancelación por falta de pago, el Contratante deberá solicitar dicha rehabilitación por escrito, acompañada de una carta de NO SINIESTRALIDAD y del pago correspondiente.
- b) Si la rehabilitación es solicitada, en un período mayor a 30 días contados a partir de la fecha de cancelación por falta de pago, 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).

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.

LIQUIDACIÓN.

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas correspondientes 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.

TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

Este contrato de seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- Cuando a petición por escrito del Contratante, la póliza no sea renovada.
- En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 85 años.
- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

Este contrato de seguro no tiene derecho a participación de utilidades.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN.

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 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.

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. 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 desde este momento, el cual será de 45 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza de referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Contratante liquidará la diferencia.

DESCUENTO POR NÓMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO).

El Contratante y/o Asegurado Titular que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro “Descuento por Nómina” o “Domiciliación Bancaria” (cuenta de cheques, débito o crédito), tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima correspondiente. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 01 800 500 25 00 para reportarlo. Si dentro de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la prima no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato.

Cabe señalar que el estado de cuenta del Contratante donde aparezca el cargo correspondiente de la prima del seguro contratado, hará prueba plena para acreditar el pago de la misma.

En caso de cancelación de este contrato de seguro por instrucción expresa del Contratante, podrá proceder el cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de cancelación por el “desfasamiento” del cobro de la prima correspondiente.

Para los cargos por domiciliación bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la póliza en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en este contrato:

- I. Cancelación del instrumento bancario no notificado a la Compañía.
- II. Reposición(es) de tarjeta(s) de crédito no notificada(s) a la Compañía con diferente número de cuenta o tarjeta.
- III. Por rechazo bancario.
- IV. Falta de fondos o crédito.
- V. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo imputable al Contratante y/o Asegurado Titular.

LUGAR DE PAGO.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán en la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente.

VALORES GARANTIZADOS.

Este producto NO otorga valores garantizados.

AVISO DE SINIESTRO.

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento de la realización del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO.

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigirle, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse

las circunstancias de su realización y sus consecuencias. En observancia de los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PRUEBAS.

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

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

PAGO DEL SINIESTRO.

La Compañía pagará, cuando proceda, las Sumas Aseguradas correspondientes 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, de acuerdo con lo estipulado en la presente póliza.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas que se le adeuden.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

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 **14 de agosto de 2018**, con el número **CNSF-S0001-0410-2018/ CONDUSEF-003469-01**.

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

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.mx