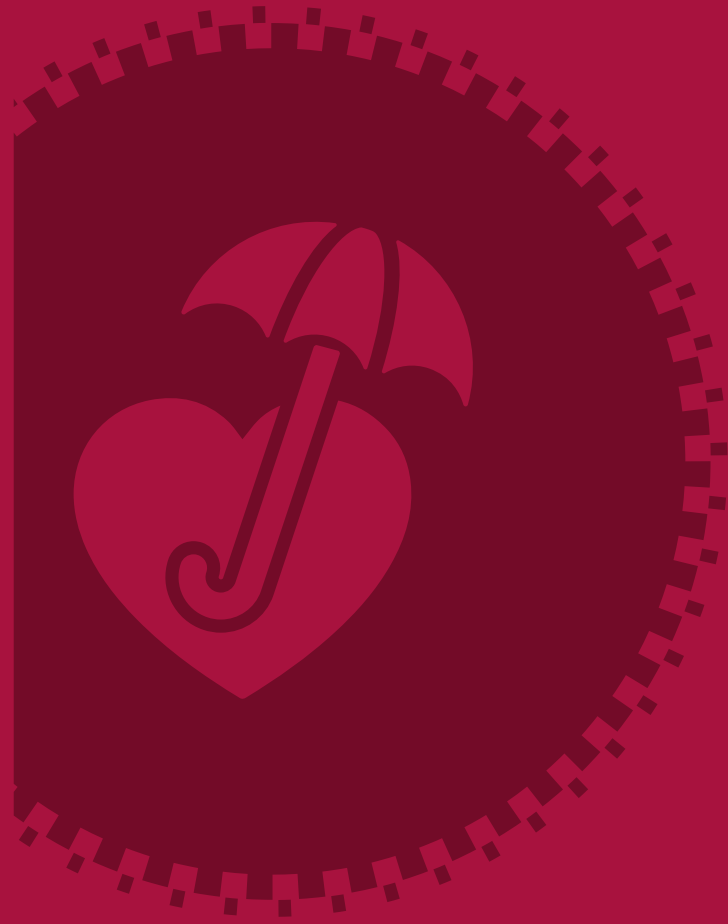
Vida

Seguro de Vida Socio Autoestrene Banorte

Para reporte de siniestro llama al
800 500 2500
en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a viernes
de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.
sábado de 9:00 a. m. a 3:00 p. m. o
consulta **www.segurosbanorte.com.mx**



BANORTE
EL BANCO FUERTE DE MÉXICO

BANORTE
SEGUROS

ÍNDICE

DEFINICIONES	**4**
COBERTURA BÁSICA	**8**
RIESGOS NO CUBIERTOS FALLECIMIENTO	**9**
COBERTURA ADICIONAL	**10**
RIESGOS NO CUBIERTOS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	**11**
CLÁUSULAS GENERALES	**15**
ANEXO	**32**

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

ACCIDENTE
Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o su muerte, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del Accidente.

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

ACREDITADO
Es la persona que tiene derecho a disponer de la suma de dinero que el Acreditante puso a su disposición con motivo del Crédito Automotriz, o a contraer por cuenta de éste una obligación, o por cuenta de quién el Acreditante contrajo una obligación; y que se encuentra obligado a restituir a éste las sumas de que disponga, o a cubrirlo oportunamente por el importe de la obligación que contrajo, y en todo caso a pagarle los impuestos, intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipulen en dicho contrato.

ACREDITANTE
Institución financiera que ha puesto a disposición del Acreditado la suma de dinero convenida en el Crédito Automotriz, para que la use en la forma y términos que en dicho contrato se estipulan; o, en su caso, quien se ha obligado a contraer por cuenta del Acreditado una obligación, conforme al Crédito Automotriz.

ASEGURADO
Es (son) la(s) persona(s) física(s) amparada(s) bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple(n) con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y ha(n) sido aceptada por ésta.

Para efectos del presente contrato de seguro, se entenderá por Asegurado, al Acreditado y al Coacreditado, conjuntamente.

BANCO
Institución de banca múltiple, con la cual el Asegurado tiene contratada una cuenta bancaria en virtud de la cual, se le ha entregado una tarjeta plástica con una banda magnética y/o chip, para que tenga acceso a diferentes servicios automáticos. Incluyendo la contratación del presente seguro y el

pago de primas derivado del mismo.

BENEFICIARIO PREFERENTE
Es el Acreditante, como persona designada irrevocablemente por el Asegurado como titular en **primer orden y grado de prelación**, del derecho de cobrar: (i) la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica contratada en esta póliza de seguro; o (ii) los derechos de indemnización derivados del resto de las coberturas del presente contrato; según corresponda, en caso de siniestro.

En virtud de lo anterior, el Beneficiario Preferente será el estipulado en la carátula de la póliza.

CAJERO AUTOMÁTICO
Es una máquina usada para depositar; extraer dinero, pagar o comprar servicios, utilizando una tarjeta de plástico, que cuenta con una banda magnética y/o un chip con un Número de Identificación Personal NIP para tener acceso a los servicios proporcionados por el Banco.

COACREDITADO
Es la persona física que, conjuntamente con el Acreditado, tiene derecho a disponer de la suma de dinero que el Acreditante puso a su disposición con motivo del Crédito Automotriz, y que se encuentra obligado, junto con el Acreditado, a restituir al Acreditante las sumas de que dispongan, y en todo caso a pagarle los impuestos, intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipulen en dicho contrato.

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

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA
Son aquéllas que, además de las generales, agregan a este contrato de seguro condiciones particulares, prevaleciendo éstas sobre las primeras y que se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

CRÉDITO AUTOMOTRIZ
Significa el contrato celebrado entre el Acreditante y el Acreditado, por virtud del cual, el Acreditante se obligó a poner una suma de dinero a disposición del Acreditado, o a contraer por cuenta de éste una obligación, para que el mismo haga uso del crédito concedido en la forma y en los términos y condiciones convenidos, quedando obligado el Acreditado a restituir al Acreditante las sumas de que disponga, o a cubrirlo oportunamente por el importe de la obligación que contrajo, y en todo caso a pagarle los impuestos, intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipularon; con garantía sobre un bien mueble propiedad de un tercero; Crédito que se otorgó al Acreditado precisamente para la adquisición de un automóvil o motocicleta o cualquier vehículo motorizado.

En todo caso, este concepto, para efectos del presente contrato, abarcará los convenios modificatorios que las partes realicen al Crédito Automotriz, así como sus reestructuras.

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

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.

IMSS
Significa el Instituto Mexicano del Seguro Social.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
Se entenderá por incapacidad total y permanente la pérdida de facultades de una persona, que lo imposibiliten para desempeñar las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente, dictaminada por los servicios de salud competentes.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de un Accidente o Enfermedad que se presente durante la vigencia de la cobertura contratada y, que, por un periodo de tres meses continuos, le genere una incapacidad total y permanente al Asegurado. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en al menos un 50% con respecto al de su trabajo habitual.

Además, se considerará que el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que se presente durante la vigencia de la cobertura contratada, padezca alguno de los puntos que se indican a continuación:

1. La pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos.
2. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambas manos.
3. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambos pies.
4. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y un pie.
5. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y la vista de un ojo.
6. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se tomará en consideración el Periodo de espera de tres meses.

ISSSTE
Significa el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

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

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 y permanente para tener derecho a la indemnización respectiva en caso de ser procedente.

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

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.

SALDO INSOLUTO
Para efectos de este contrato de seguro, se considerará como Saldo Insoluto a la deuda que el Asegurado tenga con el Acreditante con motivo del Crédito Automotriz al momento de la fecha de ocurrencia del siniestro y que comprende su capital, más sus accesorios pendientes de pago; es decir, enunciativa, pero no limitativamente: impuestos, gastos, comisiones, intereses moratorios, intereses ordinarios vencidos, capital vencido, intereses ordinarios vigentes y capital vigente.

SUMA ASEGURADA
La Suma Asegurada es el Saldo Insoluto del Crédito Automotriz a la fecha de ocurrencia del siniestro.

El importe del pago que realice la Compañía en caso de siniestro, en ningún caso podrá exceder el monto inicial del Crédito Automotriz otorgado.

TARJETA BANCARIA
Es una tarjeta de plástico con banda magnética y/o chip, entregada por el Banco para usarse en cajeros automáticos o terminales puntos de venta, que va ligada con la cuenta del asegurado sobre la cual la Institución Bancaria le otorga un crédito.

COBERTURA BÁSICA

RIESGO CUBIERTO FALLECIMIENTO (Muerte)
Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará al Beneficiario Preferente el Saldo Insoluto del Crédito Automotriz a la fecha de la realización del siniestro.

El importe del pago que realice la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado, en ningún caso podrá exceder el monto inicial del Crédito Automotriz otorgado.

Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia de esta póliza de seguro, la cobertura concluirá sin obligación de pago alguna para la Compañía.

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

a. Al término de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.
b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 81 años.
c. Al término del Crédito Automotriz.
d. Por pago de cualquier de las coberturas contratadas en esta póliza.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de fallecimiento: El suicidio del Asegurado, salvo endoso en contrario.

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el Beneficiario Preferente en caso de siniestro, según corresponda:

• Acta de defunción legible.

DOCUMENTOS Y/O REQUISITOS ADICIONALES QUE DEBERÁ PRESENTAR EL ASEGURADO, CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO DERIVADO DE UN SINIESTRO EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS.

Adicionalmente si el fallecimiento ocurre dentro del primer y segundo años:

- Comprobante de domicilio legible del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial).
- Certificado de defunción legible.

Adicionalmente y de manera excepcional, la Compañía tendrá el derecho con base en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, de exigir del Asegurado, de su sucesión y del Beneficiario Preferente toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, únicamente se solicitará información y/o documentación adicional en casos extraordinarios, cuando no sea posible comprobar la procedencia del siniestro con los documentos y/o información que se enlista en el apartado PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN de la presente cobertura.

***"Artículo 69.-** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario Preferente o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación adicional solicitada al Asegurado y/o Beneficiario Preferente de que trata el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

COBERTURA ADICIONAL

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAI)
Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un Accidente o Enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará como Suma Asegurada el Saldo Insoluto del Crédito Automotriz a la fecha de ocurrencia del siniestro, pago que se efectuará después de transcurrido un período de espera de 3 meses contados a partir de la fecha en que se diagnostique el estado de Invalidez Total y Permanente.

El importe del pago que realice la Compañía en caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, en ningún caso podrá exceder el monto inicial del Crédito Automotriz otorgado.

También se considerará que el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un Accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, padezca alguno de los puntos que se indican a continuación:

1. La pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos.
2. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambas manos.
3. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambos pies.
4. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y un pie.
5. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y la vista de un ojo.
6. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se tomará en consideración el Periodo de espera de tres meses.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

a. Al término de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.
b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad 76 años.
c. Al término del Crédito Automotriz.
d. Por pago de cualquier de las coberturas contratadas en esta póliza.

Riesgos No Cubiertos por la cobertura de Invalidez Total y Permanente cuando ésta sea consecuencia de:

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
3. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas,**

algún estimulante del sistema nervioso central, droga o enervante, excepto si fueron prescritos por un Médico.

5. **Prestar servicio militar o naval, por actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
6. **Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfligidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, incluso las infligidas entre los cónyuges o aquellas infligidas por un tercero a petición del Asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Inhalación de gas de cualquier tipo, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
10. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
11. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
12. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un Accidente.**
13. **Pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un Accidente o Enfermedad anteriores a la contratación del seguro.**

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

PRUEBAS.
Las bases que la Compañía empleará, para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de Invalidez Total y Permanente, son las siguientes:

Para hacer efectivo el pago de esta cobertura, se deberá entregar a la Compañía un dictamen médico de Invalidez Total y Permanente, expedido por una Institución de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, u otra del tipo) o en su defecto por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañado con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Invalidez Total y Permanente.

Si el documento que comprueba el estado de Invalidez Total y Permanente es expedido por IMSS o ISSSTE, Sector Salud o institutos médicos gubernamentales y el Asegurado es el titular Asegurado de dichos Institutos, no aplicará el Periodo de espera de 3 meses para la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

Adicionalmente deberá presentar a la Compañía, las formas de declaración que ésta le proporcione.

Al tramitarse alguna reclamación la Compañía tendrá derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado.

La obstaculización por parte del Asegurado, o del Beneficiario Preferente para que se lleve a cabo la comprobación de hechos, de los cuales se pueda derivar una obligación para la Compañía, originará que cesen automáticamente los beneficios de esta cobertura.

En caso de que la Compañía determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Asimismo, si la Enfermedad o Accidente, que provoquen el estado de Invalidez Total y Permanente pueda ser susceptible de corregirse, utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el siniestro, podrá declinarse el mismo, sí dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

Documentos para hacer la reclamación en caso de siniestro.

- Identificación oficial con fotografía y firma (INE o pasaporte), vigente y legible del Asegurado.
- Formato de invalidez total y permanente expedido por el IMSS, o por la institución a la cual se encuentre afiliado el Asegurado. (ISSSTE, PEMEX);
- En caso de que el Asegurado NO sea derechohabiente de ninguna Institución del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Médico Gubernamental, etc.), deberá presentar el formato declaración denominado -informe del médico tratante, el cual es proporcionado por la Compañía y que deberá ser requisitado por el Médico especialista en el órgano o sistema afectado, así como los estudios y/o resultados de gabinete que respalden el estado de Invalidez Total y Permanente.
- Comprobante de domicilio del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial). No mayor a 3 meses de antigüedad.

En caso de requerirse información adicional para la indemnización del siniestro se aplicará la cláusula de “Comprobación del siniestro”.

Adicionalmente y de manera excepcional, la Compañía tendrá el derecho con base en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, de exigir del Asegurado o Beneficiario Preferente toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, únicamente se solicitará información y/o documentación adicional en casos extraordinarios, cuando no sea posible comprobar la procedencia del siniestro con los documentos y/o información que se enlista en el apartado PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN de la presente cobertura.

“Artículo 69.- *La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario Preferente o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación adicional solicitada al Asegurado y/o Beneficiario Preferente de que trata el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN
Son objeto de este contrato, la cobertura básica de fallecimiento y la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente, enunciadas 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 Contratante.

CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

A) MEDIOS ELECTRÓNICOS
Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

B) CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO.
El Contratante y el Asegurado aceptan y autorizan a la Compañía para que la contratación del seguro, pueda celebrarse por medio del uso de equipos, medios electrónicos, ópticos y/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 de Fianzas, y demás disposiciones aplicables.

La Compañía podrá implementar con el Contratante y 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.

Derivado de lo pactado en el apartado de otorgamiento de consentimiento, el Contratante y/o Asegurado y la Compañía convienen que, de conformidad con los términos establecidos en las legislaciones aplicables, particularmente con lo señalado por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de Internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de la claves y contraseñas asignadas al Contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio y de conformidad con lo estipulado en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con relación al Capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

El Contratante y el Asegurado aceptan, de manera expresa e irrevocable, ser los únicos responsables por el uso que se le dé a los Dispositivos de Seguridad, liberando a la Compañía de cualquier responsabilidad al respecto.

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

En virtud de que el seguro se contrata en función de cubrir el Saldo Insoluto del Crédito Automotriz otorgado al Asegurado por el Acreditante, por lo anterior, se ligará el pago de la prima a la cuenta y a la Tarjeta Bancaria derivada de la misma.

C) 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 Automático, con cargo de la prima a la Tarjeta Bancaria 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.

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.

Para todos los efectos legales, estos comprobantes tienen el valor probatorio que otorga la ley a este tipo de operaciones.

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

OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Autorización. - El Asegurado, el Contratante y la Compañía convienen que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que estas serán utilizadas en sustitución del nombre y la firma autógrafa del Asegurado y el Contratante, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Asegurado y el Contratante, por lo que estos últimos liberan a la Compañía de cualquier uso indebido de las mismas.

Toda operación efectuada por el Asegurado y el Contratante a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, la Compañía emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o

los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

El Asegurado y el Contratante podrán consultar los términos y condiciones del uso de medios electrónicos a través de la página: https://www.segurosbanorte.com.mx/avisoprivacidad/terms-y-cond-mediose-canaldig

CONTRATACIÓN VÍA INTERNET (PÁGINA WEB)
La contratación del presente contrato de seguro será a través de medios electrónicos. Para la contratación electrónica vía internet, se utilizarán medios de identificación, los cuales serán validados por el Asegurado y el Contratante durante la contratación del seguro, como se define a continuación:

Por medios de identificación se entienden como aquellos datos personales del Asegurado y el Contratante que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), domicilio, correo electrónico y teléfono de contacto.

La póliza de seguro se contrata vía internet con los medios de identificación antes señalados, la forma de pago sólo podrá hacerse única y exclusivamente mediante cargos a tarjetas de crédito o débito, por lo que el Contratante y/o Asegurado, al proporcionar el número de su tarjeta y el código de seguridad, consienten la celebración del contrato de seguro mencionado.

La Compañía se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos por parte del Asegurado o Contratante.

La póliza se expide junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o débito del Asegurado y el Contratante, para el cobro de las primas, cuyos comprobantes podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración del contrato de seguro, los cuales se emiten y se entregan al Asegurado y al Contratante en el momento de la contratación.

Las partes convienen que el uso del portal de Internet es única y exclusivamente aplicable para la aceptación del Asegurado y el Contratante para contratar la póliza de seguro, según se establece en esta cláusula.

D) 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.
IV. Designación o modificación de designación de Beneficiarios.

El Contratante y el Asegurado aceptan que todos los avisos, notificaciones y comunicaciones que les sean enviados por la compañía por el uso de medios electrónicos implica la aceptación total de dichos instrumentos y satisfacen cualquier requisito de forma escrita. El uso de medios de identificación establecidos en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Asegurado un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la 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:

a. Remitiéndolos al correo electrónico del Asegurado, previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales en formato PDF, y avisos del producto, excluyendo publicidad.
b. Poniéndolos a disposición del Asegurado en la Unidad Especializada de la Compañía, o
c. Enviándolos físicamente al domicilio indicado por el Asegurado, o al de su estado de cuenta.

En todos los casos, la Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados, así como de los medios utilizados para tal

efecto. La entrega del condicionado general que integra el seguro que nos ocupa será entregada en primera instancia por escrito a los solicitantes, contratantes o Asegurado, previo consentimiento expreso elija por así convenir a sus intereses que le sea entregada la documentación contractual en formato PDF, o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea, sin que ello obste que 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 solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA QUE DEBERÁ PRESENTAR EL RECLAMANTE EN CASO DE SINIESTRO PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En el caso que las condiciones generales especifiquen original o copia certificada de algún documento, si la reclamación se realiza a través de algún medio electrónico que para este efecto tenga la Compañía, no será necesario que el reclamante presente el original ni la copia certificada, bastará con la presentación del documento legible por el medio electrónico a través del que se esté presentando la reclamación.

En caso de reclamación por siniestro, el Asegurado o el Beneficiario Preferente deberán presentar ante la Compañía los formatos de Declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen por parte de la Compañía, en las que deberán consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirán con su firma electrónica o digital bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación se exhibirán las pruebas que obren en su poder y/o las que le solicite la Compañía relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener.

La Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario Preferente las pruebas e informes que considere necesarias relacionadas con el siniestro, ya sea por prevención de lavado de dinero o de cumplimiento interno de la Compañía, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de

comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Compañía practique, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas del presente contrato, sea el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario Preferente, o los representantes legales de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La Compañía, con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

El uso de internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de las claves y contraseñas asignadas al Contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio.

El Asegurado podrá consultar los términos y condiciones del uso de medios electrónicos a través de la página: https://www.segurosbanorte.com.mx/avisoprivacidad/terms-y-cond-mediose-canaldig.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por los artículos 50 Bis, 59 Bis 1 y los correspondientes al Título 5, Capítulo I, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como por el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones que se presenten ante la Unidad Especializada de la Compañía o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años, contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera

de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Para hacer valer sus derechos, el Beneficiario Preferente, el Asegurado y/o el Contratante podrán dirigirse a las siguientes instancias:

1. Unidad Especializada de la Compañía,
2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; o
3. Los tribunales competentes.

INDISPUTABILIDAD
Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido 1 (un) año ininterrumpido a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Asegurado, al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

CARENCIA DE RESTRICCIONES
Este contrato 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) Preferente (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) Preferente(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) Preferente(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 Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a 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) Preferente (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.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
El Contratante y/o el Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía, para considerar rescindido de pleno derecho este contrato de Seguro, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

INDEMNIZACION POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al Beneficiario Preferente, según corresponda, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en donde se establece lo siguiente:

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

a. Los intereses moratorios;

b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c. La obligación principal.

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	Edad de Cancelación Automática
Muerte	18 años	75 años	81 años
PAI	18 años	70 años	76 años

La cobertura será cancelada en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad estipulada de cancelación automática.

MONEDA
Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Pesos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

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 en 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura fallecimiento, y de 2 (dos) años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados 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 los artículos 82 y 84 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá, no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía.

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.

MODIFICACIONES
Este Contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, haciéndose constar mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

NOTIFICACIONES
El Asegurado podrá enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio social 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.

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

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

PROCEDIMIENTO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO
El contrato de seguro termina sin responsabilidad posterior para la Compañía, con la liquidación de la cobertura procedente, por la expiración de la vigencia del seguro, por llegar el Asegurado a la edad de cancelación automática o por la terminación del contrato de Crédito Automotriz.

TERMINACIÓN 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 Asegurado y/o Contratante podrá solicitarlo por escrito a la Compañía; mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500, o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, la cancelación se hará efectiva en 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.

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. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

PRIMAS
El pago de la prima correspondiente a esta póliza es prima única, venciendo la prima en el momento de la celebración del contrato de seguro.

Se entiende como **Prima Única**, al valor del seguro pagado por una sola vez.

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

Las primas convenidas en este Contrato de Seguro 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, dentro del término convenido, el cual será de 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

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

*"**Artículo 40.-** Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.*
Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley."

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO
Como Contratante y/o Asegurado tienes los siguientes derechos y obligaciones durante la contratación y vigencia del seguro:

DERECHOS
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.
- En caso de que se haya entregado a la Compañía toda la documentación relativa a la ocurrencia del siniestro y que hubieren

transcurrido los 30 (treinta) días que ésta tiene para pronunciarse sobre la procedencia o improcedencia del siniestro y no existiera respuesta alguna, el Asegurado o el Beneficiario Preferente tendrán derecho a una indemnización por mora de acuerdo con la legislación aplicable.
- El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la cancelación anticipada del seguro siguiendo el procedimiento especificado para tal efecto en las presentes condiciones generales.

OBLIGACIONES
- Declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.
- Declarar de forma clara y amplía la forma en que ocurrió el siniestro, así como presentar toda la documentación e información probatoria que la Compañía le solicite respecto a la realización del siniestro.
- Efectuar el pago de la prima correspondiente a la cobertura contratada y especificada en la carátula de la póliza.

VALORES GARANTIZADOS
Este Contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

Por esta razón, si el Contratante cancela la póliza antes del fin de vigencia, la Compañía no le devolverá ninguna cantidad, lo anterior con apego al artículo 195 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

AVISO DE SINIESTRO
Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario Preferente tengan conocimiento de la realización del siniestro que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento de la realización del siniestro y el derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo caso fortuito o causa de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO
El Asegurado o Beneficiario Preferente 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.

"Artículo 69.- *La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.*

Artículo 70.- *Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.*
Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoría@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

ANEXO

LEGISLACIÓN

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

"Artículo 50 Bis.- *Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:*

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

Artículo 60.- *La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos.*

Tratándose de diferencias que surjan respecto al cumplimiento de fideicomisos, la Comisión Nacional sólo conocerá de las reclamaciones que presenten los fideicomitentes o fideicomisarios en contra de los fiduciarios."

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Artículo 276.- *Ya transcrito.*

"Artículo 277.- *En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.*

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que

se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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."

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

***"Artículo 8°.-** El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."*

***"Artículo 19.-** Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21."*

***"Artículo 25.-** 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 40.-** Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha*

de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley."

***"Artículo 47.-** Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."*

*"**Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.*

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

*"**Artículo 81.-** Todas las acciones que se deriven de un 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.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen."

***"Artículo 82.-** El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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."

***"Artículo 195.-** El seguro temporal cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la empresa a conceder valores garantizados, para el caso de muerte."*

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 31 de julio de 2026, con el número CNSF-S0001-0065-2026/ CONDUSEF-007178-02.