

Vida Seguro Deudor GFN sin PU

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 banorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	7
EXCLUSIONES GENERALES	8
COBERTURAS ADICIONALES	10

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR GFN SIN PU**

DEFINICIONES

1. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.
2. **Contratante:** Es la persona moral, que ha solicitado la celebración del contrato de seguro.
3. **Asegurado:** 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(s) por ésta.
4. **Acreditante:** Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un crédito al Asegurado.
5. **Saldo insoluto:** Para efectos de este seguro se considerará el saldo insoluto a la deuda que el Asegurado tenga con el Contratante al momento del siniestro en donde se incluirán los accesorios (intereses normales, IVA y prima de seguros) más el monto que se genere por concepto de mensualidades vencidas.
6. **Beneficiario:** Persona(s) designada(s) por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.
7. **Grupo asegurable:** Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.
8. **Grupo asegurado:** Son los integrantes del grupo asegurable que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que se establecen en la carátula de la póliza y que han dado su consentimiento expreso para ello.
9. **Condiciones especiales de la póliza:** Son aquellas que, además de las generales, agregan al contrato condiciones particulares o especiales y que se encuentran registradas ante la Comisión Nacional

de Seguros y Fianzas.

10. **Prima neta***: Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza especificados en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.
11. **Costo de adquisición***: Es el porcentaje de la prima, que por concepto de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.
12. **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.
13. **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 o las lesiones ocurran dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.
14. **Pérdida orgánica**: Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

Por pérdida de los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas o su pérdida total de funcionamiento.

Por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

15. **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.
16. **Invalidez total y permanente**: Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y, que

por un periodo de seis meses continuos, le genere una incapacidad total y permanente al Asegurado, de tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% con respecto al de su trabajo habitual.

Además se considerarán como invalidez total y permanente:

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

En estos casos no se tomará en consideración el periodo de espera de seis meses. En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal, si ésta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

COBERTURA BÁSICA

RIESGOS CUBIERTOS

FALLECIMIENTO (Muerte)

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, y la designación de beneficiario preferente e irrevocable es a favor del acreditante, la Compañía le pagará al acreditante el saldo insoluto del crédito a la fecha de reclamación del siniestro más accesorios como son el IVA y las mensualidades vencidas, sin exceder de la suma asegurada contratada.

Si la suma asegurada excede del importe pagado al Acreditante, el remanente se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado distintos del acreditante o a su sucesión, según corresponda.

Si él sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.

PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAI)

Si durante la vigencia de esta cobertura y antes del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años, éste sufriera un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, y la designación de beneficiario preferente e irrevocable es a favor del acreditante, la Compañía le pagará al acreditante el saldo insoluto de la deuda a la fecha de reclamación del siniestro más accesorios como son el IVA y las mensualidades vencidas, sin exceder de la suma asegurada contratada, después de transcurrido un período de espera de 6 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Si la suma asegurada excede del importe pagado al acreditante, el remanente se pagará al Asegurado.

También se considerará invalidez total y permanente:

- La pérdida de la función de la vista de ambos ojos
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo

En estos casos no aplicará el período de espera de 6 meses.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.

EXCLUSIONES GENERALES

Riesgos NO CUBIERTOS por las coberturas de Invalidez Total y Permanente.

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones, o**

en la práctica ocasional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

2. **Accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **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 la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: 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 autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Inhalación de gas de cualquier tipo, 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.**

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la

Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

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:

Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, y que el Asegurado sea el titular Asegurado de dichos Institutos, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez permanente. Siempre y cuando al momento de sufrir el estado de invalidez se encuentre en activo.

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*.

Así mismo, si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.*

COBERTURAS ADICIONALES

ENDOSO DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DINV)

CONDICIONES PARTICULARES

EMPRESA

Persona moral con la cual el Asegurado tenga celebrado un contrato de trabajo por tiempo indeterminado y en el cual se establezca una jornada de tiempo completo. Se entiende que una relación laboral es de tiempo completo cuando demanda al empleado trabajar cuando menos 40 horas semanales para la Empresa.

EDAD FUERA DE LÍMITE

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

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

Edad Mínima de Aceptación(años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación Automática
18	60	65

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

INDEMNIZACIÓN

La indemnización que corresponda por la cobertura de Desempleo Involuntario se pagará al Acreditante, sin exceder del número de meses faltantes para finalizar el plazo del crédito. En caso de que el crédito hubiese terminado de pagarse pero el beneficio de esta cobertura no, entonces las mensualidades que falten por pagarse para concluir con el número indicado en la carátula del certificado, se le pagarán al Asegurado.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado. De cualquier forma, se hará el ajuste correspondiente en cuanto a primas se refiere.

PERIODO DE CARENCIA

Se define como el periodo de 2 meses inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para efectos de que ésta pueda operar, es decir, la cobertura adicional de Desempleo Involuntario será efectiva dos meses después del inicio de vigencia.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA.

En esta cobertura se entenderá por Asegurado: A la persona que tenga contratada la cobertura, que cumple con todos y cada uno de los siguientes requisitos, además de haber sido aceptado por la Compañía:

En la fecha del inicio de vigencia de la póliza:

- Sea empleado activo de una Empresa, a través de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo, además que dicho contrato no tenga pactado un periodo de prueba ni de capacitación inicial y de haberse pactado, se hayan concluido dichos periodos.
- Tener por lo menos 24 meses de trabajar en las condiciones antes descritas, de forma continua, lo cual, en caso de que la Compañía lo requiera, deberá acreditar con copias de los recibos de nómina de los últimos 24 meses;
- Tener una antigüedad mínima de 24 meses en su empleo actual con la Empresa, situación que deberá acreditar mediante los recibos de nómina correspondientes, siempre y cuando no se haya pactado en el contrato laboral un periodo de prueba ni de capacitación, y de haberse pactado, haber transcurrido 24 meses de que concluyó dicho periodo.
- Que su edad al inicio de vigencia de la cobertura no sea inferior a 18 años, ni mayor a 60 años y en caso de renovación, su edad no sea mayor de 64 años.
- Trabajar en una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyente, esto No aplica para trabajadores al servicio del Estado.

TIPO DE COBERTURA

La cobertura es la siguiente:

Tipo de Cobertura	Característica
Desempleo Involuntario Individual (DINV)	Este tipo de cobertura, considera como Asegurado exclusivamente al Acreditado

DESEMPLEO INVOLUNTARIO INDIVIDUAL (DINV)

Si el Asegurado (Acreditado Titular del crédito) sufre un estado de Desempleo Involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía cubrirá mensualmente al Acreditante únicamente el pago de la mensualidad pactada entre el Asegurado y el Contratante en el crédito contratado, mensualidad que incluirá el costo mensual de los seguros deudores asociados con el crédito. El número de mensualidades que pagará la Compañía al Acreditante será el indicado en la carátula del Certificado, sin exceder del número de meses faltantes para finalizar el

plazo del crédito. En caso de que el crédito hubiese terminado de pagarse pero el beneficio de esta cobertura no, entonces las mensualidades que falten por pagarse para concluir con el número indicado en la carátula del certificado, se le pagarán al Asegurado.

Se entenderá por Desempleo Involuntario: El Desempleo del Asegurado originado por el despido por causas distintas a las previstas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

Se entenderá por Relegibilidad: El Asegurado, podrá ser nuevamente elegible para esta Cobertura y por tanto podrá contratarla nuevamente, después de haber transcurrido el Período de Espera de 30 días contados a partir de la fecha en que la Compañía haya concluido con la indemnización del pago de beneficios de esta cobertura y que se cumplan todos los siguientes requisitos:

- Que su edad no sea menor que 18 años ni mayor que 64 años.
- Sea empleado activo de una Empresa, a través de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo, además que dicho contrato no tenga pactado un periodo de prueba ni de capacitación inicial y de haberse pactado, se hayan concluido dichos periodos.
- Tener una antigüedad mínima de 24 meses trabajando en las condiciones arriba descritas, situación que deberá acreditar mediante los recibos de nómina correspondientes, siempre y cuando no se haya pactado en el contrato laboral un periodo de prueba ni de capacitación, y de haberse pactado, haber transcurrido 24 meses de que concluyó dicho periodo.
- Trabajar en una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyente, esto No aplica para trabajadores al servicio del Estado.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

- Cuando al renovar la póliza el Asegurado tenga 65 años cumplidos.
- Al hacer el pago de un siniestro derivado de esta cobertura y no se contrate nuevamente esta cobertura.

EXCLUSIONES

Riesgos No cubiertos por la cobertura de Desempleo Involuntario Individual (DINV):

- Retiro voluntario del empleo.**

2. Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.
3. Pérdida del empleo por cualquier tipo de incapacidad.
4. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución o motín.
5. Terminación del empleo por fallecimiento.
6. Desempleo involuntario que ocurra en el periodo de carencia que se estipula en este documento.
7. Terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento de las partes.
8. Incidente nuclear.
9. Pérdida del empleo del Asegurado notificada por la Empresa previo a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
10. Programas anunciados por la Empresa en donde labora el Asegurado dentro del periodo de 12 meses previos a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.
11. Terminación de un contrato de tiempo determinado o un nombramiento por tiempo determinado.
12. Suspensión de los efectos de la relación de trabajo de acuerdo al artículo 42 y sus fracciones y demás relativos de la Ley del Trabajo.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el Asegurado junto a su escrito de reclamación, en caso de siniestro:

- Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- Copia del Estado de Cuenta de Crédito del mes inmediato anterior a la fecha del desempleo.
- Copia simple de Identificación Oficial de Asegurado.
- Carta reclamación dirigida a Seguros Banorte que contenga los siguientes datos: Empresa donde laboró, último puesto, fecha de ingreso y fecha de separación, último sueldo y motivo de separación.
- Copia simple de Liquidación firmado por el Asegurado, con sello y firma en original del área de Recursos Humanos de la Empresa.
- Copia simple de baja del IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, o

- Institución de Salud a la cual se encuentre afiliado el Asegurado.
- Copia simple de Último recibo de nómina.
- En el caso de trabajadores al servicio del Estado, presentar nombramiento definitivo.
- Contrato Laboral.

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

Son objeto de este contrato la cobertura básica de fallecimiento y las coberturas adicionales enunciadas en la carátula de la póliza y en cada uno de los certificados individuales.

CONTRATO

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, cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes del Grupo Asegurado contra riesgos propios de la operación de vida.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá, firmará y enviará al Contratante, certificados individuales por cada uno de los Asegurados. Cada certificado contendrá, cuando menos, los siguientes datos:

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

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la Compañía.

La suma asegurada máxima que la Compañía cubrirá para cada uno de

los miembros del Grupo Asegurado sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza.

MODIFICACIONES

Este Contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo 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 treinta días naturales siguientes 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.

REGISTRO DE ASEGURADOS

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

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y/o el Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozcan o deban 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 el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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 Asegurado y/o Contratante podrá 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 los Servicios Financieros.
- Los Tribunales competentes.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS*

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus

actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

DISPUTABILIDAD

El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurable, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la reserva matemática respecto del miembro del Grupo Asegurado, al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto de seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía.

Una vez transcurrido el periodo de un año de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, o de su última rehabilitación, la Compañía pagará la suma asegurada contratada aun cuando el fallecimiento se presente por suicidio del Asegurado.

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, no cumpla con la obligación de pago de la indemnización, capital o renta, en caso de que proceda y en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al acreedor una indemnización por mora 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 la Compañía 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:
- Los intereses moratorios;
 - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - 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.”

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

- Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, fecha de alta del Asegurado, designación de los Beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable, y firma del Asegurado.

Si el Contratante no informara oportunamente, en el plazo y términos establecidos en el párrafo anterior, de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, éstos se considerarán como no asegurados. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación expresa por parte de la Compañía.

- b. Comunicar a la Compañía de manera inmediata las separaciones definitivas del Grupo Asegurado.
- c. Dar aviso a la Compañía dentro del término de 15 días naturales, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Enviar a la Compañía los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

BAJA DE ASEGURADOS*

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

En este caso, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución del costo de adquisición y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja del grupo.

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

EDAD

Las edades declaradas por los miembros del Grupo Asegurado deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas relativas a la edad cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro del Grupo Asegurado,

se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada, pero el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real, por el periodo que falte hasta el siguiente vencimiento del Contrato.

Si la edad declarada es mayor que la real, la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con la edad real del asegurado.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente que resulte de multiplicar la Suma Asegurada, por el cociente obtenido al dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

EDAD FUERA DE LÍMITE

En caso de que la edad real de un Asegurado se encuentre fuera del límite establecido por la Compañía, en la fecha de su ingreso al Grupo, será rescindido el seguro correspondiente a dicho Asegurado, debiendo la Compañía devolverle la reserva matemática correspondiente. El mismo tratamiento se aplicará aun cuando haya ocurrido un siniestro, en este caso la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad.

Las edades de aceptación son las siguientes

Cobertura	Edad Mínima de Contratación	Edad Máxima de	Cancelación Automática
Muerte	18	80	Sin límite
PAI	18	70	71

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

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del Contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado, siempre y cuando se

cumplan todos los requisitos que se estipulan a continuación:

- No hayan transcurrido más de treinta días naturales desde la fecha en que cesaron los efectos de la póliza.
- Se cumpla con la cláusula de Grupo Asegurable.
- El Contratante solicite por escrito la rehabilitación.
- Se presente carta de no siniestralidad.
- Una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo, el Contratante se obliga a pagar las primas vencidas en una sola exhibición.

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada. No obstante lo anterior, la Compañía no cubrirá siniestros que hayan ocurrido durante el periodo en que los efectos de la póliza estuvieron cesados.

BENEFICIARIOS

Cualquier miembro del Grupo puede cambiar el Beneficiario o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Compañía.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Compañía y al beneficiario irrevocable.

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

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

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no

se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

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

RENOVACIÓN*

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovarla bajo las mismas condiciones estipuladas, **siempre que el Contratante cubra, dentro de los treinta días de espera, el monto total de la prima, y que el Grupo se encuentre integrado por 5 individuos cuando menos.**

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PRUEBAS

El reclamante presentará a su costo, 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 costo cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

MONEDA

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

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura fallecimiento en los seguros de vida y de 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 el Artículo 82 Y 84 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la unidad especializada de la empresa.

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

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.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

Cuando la designación de beneficiario sea a favor del acreditante, a éste le corresponde el pago de la suma asegurada hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

Si la suma asegurada excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo

insoluto amparado por el seguro más sus accesorios.

La Compañía se compromete a notificar al Asegurado, a sus Beneficiarios y/o causahabientes, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que esté en posibilidades de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

El Asegurado o sus beneficiarios y/o causahabientes deben de informar su domicilio la Compañía para que llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

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. Así mismo se establece que para cada uno de los Asegurados, el inicio de vigencia de aseguramiento será el estipulado en el Certificado que emita la Compañía para cada uno de éstos y concluirá en la fecha establecida en el mismo documento.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

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

AVISO DE SINIESTRO

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

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse a su domicilio social señalado en la Carátula de la póliza. Así mismo, los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o a los Beneficiarios y/o causahabientes, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de éstos.

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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud

PRIMAS

La prima total del seguro será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y sumas aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro. La prima básica será anual.

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

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

PAGO DE PRIMA

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

La prima correspondiente a esta póliza es anual, venciendo la prima en el momento de la celebración del Contrato del Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán optar por el pago fraccionado de la prima, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenido entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro

del término convenido, el cual será de 90 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima total de miembros del grupo correspondiente a los noventa días de espera.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA*

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

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

CANCELACIÓN DE CERTIFICADOS *

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

ANTICIPO DE PERIODO DE ESPERA PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ*

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 para la cobertura de Invalidez considerado en esta póliza.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido

el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

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

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la Compañía se obliga a solicitar al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, su consentimiento para tratar sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso se celebre.

La Compañía además, se obliga a informarle al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, que sus datos se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o

análogos, quedando convenido que el Asegurado o Contratante aceptará la transferencia que pudiera realizarse de ellos a entidades integrantes del Grupo Financiero Banorte y subsidiarias de ésta institución y terceros, nacionales o extranjeros, conforme a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad de la Compañía.

La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares establece dicha obligación en sus artículos 8° y 9° que a la letra dicen:

“Artículo 8.- Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley.

El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición.

Los datos financieros o patrimoniales requerirán el consentimiento expreso de su titular, salvo las excepciones a que se refieren los artículos 10 y 37 de la presente Ley.

El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que se le atribuyan efectos retroactivos. Para revocar el consentimiento, el responsable deberá, en el aviso de privacidad, establecer los mecanismos y procedimientos para ello.”

“Artículo 9.- Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado.”

“Artículo 10.- No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

- a. Esté previsto en una Ley;
- b. Los datos figuren en fuentes de acceso público;
- c. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de

- disociación;
- d. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable;
 - e. Exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes;
 - f. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente, o
 - g. Se dicte resolución de autoridad competente.”

“**Artículo 37.-** Las transferencias nacionales o internacionales de datos podrán llevarse a cabo sin el consentimiento del titular cuando se dé alguno de los siguientes supuestos:

- I. Cuando la transferencia esté prevista en una Ley o Tratado en los que México sea parte;
- II. Cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios;
- III. Cuando la transferencia sea efectuada a sociedades controladoras, subsidiarias o afiliadas bajo el control común del responsable, o a una sociedad matriz o a cualquier sociedad del mismo grupo del responsable que opere bajo los mismos procesos y políticas internas;
- IV. Cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del titular, por el responsable y un tercero;
- V. Cuando la transferencia sea necesaria o legalmente exigida para la salvaguarda de un interés público, o para la procuración o administración de justicia;
- VI. Cuando la transferencia sea precisa para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial, y
- VII. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el responsable y el titular.”

Dicho Aviso de Privacidad estará disponible en la página web de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **4 de abril de 2014**, con el número **CNSF-S0001-0004-2014/CONDUSEF-000634-01**.

*En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 **1 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0232-2015** y a partir del día **17 de diciembre de 2014**, con el número **CGEN-S0001-0197-2014** y a partir del día **15 de abril de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0036-2016** y a partir del día **20 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **5 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0132-2016**.

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com

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