

Vida Seguro de Vida Grupo Hipotecario GFN

Para reporte de siniestro llama al

800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a viernes de 9:00 am a 7:00 pm y
sábado de 9:00 am a 3:00 pm
o consulta banorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	8
COBERTURAS ADICIONALES	10
CLAUSULAS GENERALES	19

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA GRUPO HIPOTECARIO GFN**

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 o las lesiones ocurran dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

ACREDITADO

Es la persona que ha aperturado, un crédito hipotecario con garantía prendaria a través de EL CONTRATANTE del seguro.

ACREDITANTE

Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un crédito al Asegurado.

ASEGURADO

Persona(s) física(s) amparada(s) bajo este contrato por las coberturas que se indican en el certificado individual, que cumple(n) con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y ha(n) sido aceptada(s) por ésta.

Dependiendo de la modalidad del crédito hipotecario que haya otorgado el acreditante, el Asegurado podrá ser:

1. El acreditado de forma individual ó;
2. El acreditado y coacreditado, de forma mancomunada

BENEFICIARIO

Persona (s) designada (s) por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.

BENEFICIARIO PREFERENTE

Es la persona designada por el Asegurado, como titular indiscutible en primer orden de los derechos de indemnización en caso de siniestro. La cancelación del beneficiario preferente, sólo se podrá aceptar por la Compañía, mediante la solicitud expresa de éste. En este caso, **el beneficiario preferente será específicamente, Banco Mercantil del Norte, S.A. Institución de Banca Múltiple, grupo Financiero Banorte.**

COACREDITADO:

Es la persona nombrada por el titular del crédito, o acreditado para gozar de los beneficios del crédito hipotecario y/o del seguro otorgado por el CONTRATANTE, pero también con la obligación de pago de los saldos insolutos derivados del crédito hipotecario o de las primas del seguro que se adeuden.

COMPAÑÍA

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

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.

CONTRATANTE

Es la persona moral, que ha solicitado la celebración del contrato de seguro.

CÓNYUGE

Se considerará como cónyuge a la esposa o esposo, concubina o concubinario del Asegurado de conformidad con lo establecido en el Código Civil Federal.

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.

CRÉDITO HIPOTECARIO

Para los efectos del contrato de seguro, se refiere al préstamo para la compra de un bien inmueble, que el acreditado ha recibido del acreditante Banco Mercantil del Norte S. A. quien será el beneficiario preferente de este seguro, para el pago total del saldo insoluto adeudado incluyendo impuestos; en caso de la ocurrencia de algún siniestro, que afecte las coberturas descritas en la caratula de la póliza.

DEPORTISTA AMATEUR

Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas. Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

DEPORTISTA PROFESIONAL

Persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual recibe un pago económico o un patrocinio en especie o ambas.

ENDOSO

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

GRUPO ASEGURABLE

Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.

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.

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.

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.

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.

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.

SALDO INSOLUTO

Para efectos de este contrato de seguro, se considerará como saldo insoluto a la deuda que el Asegurado tenga con el Acreditante y que corresponde al monto que resulte de lo estipulado en Contrato de Crédito Hipotecario pactado.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será la establecida en el certificado de cada uno de los asegurados. Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al reclamar el siniestro, la Compañía pagará el remanente al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

COBERTURA BÁSICA

RIESGO CUBIERTO

FALLECIMIENTO (Muerte)

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía le pagará al beneficiario preferente el saldo insoluto del crédito a la fecha de reclamación del siniestro más otros accesorios como son el Impuesto al Valor Agregado (IVA) y las mensualidades vencidas, sin exceder el monto inicial del crédito otorgado.

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

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en el certificado individual respectivo.
2. Al término del crédito.
3. Cuando se pague la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PAI).

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el Beneficiario en caso de siniestro:

- Solicitud de reclamación proporcionada por la Compañía.
- Copia legible de identificación oficial vigente del reclamante.
- Copia legible de identificación oficial vigente del Asegurado, en caso de que la tuviese.
- Original o copia certificada del acta de defunción.

DOCUMENTOS Y/O REQUISITOS ADICIONALES QUE DEBERÁ PRESENTAR EL ASEGURADO, CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO DERIVADO DE UN SINIESTRO.

Adicionalmente si el fallecimiento ocurre dentro del primer año:

- Original del formato de declaración 1 y 2 proporcionado por la Compañía.
- Copia legible del comprobante de domicilio del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial).
- En caso de muerte accidental, copia legible del certificado de defunción.

Con base en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía 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.

COBERTURAS ADICIONALES**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, la Compañía le pagará al beneficiario preferente el saldo insoluto de la deuda a la fecha de reclamación del siniestro más otros accesorios como son el IVA y las mensualidades vencidas, sin exceder el monto inicial del crédito otorgado, 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 el certificado individual expedido.
2. En el aniversario del certificado inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Al término del crédito.

Riesgos NO CUBIERTOS por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

1. **Accidente ocurrido al asegurado cuando participe directamente en competiciones 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. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
3. **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.**
4. **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, por actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
5. **Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
6. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias, sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
7. **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.

- 8. Inhalación de gas de cualquier tipo, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
- 9. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
- 10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
- 11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente.**
- 12. Se excluyen 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.

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:

1. 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 especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado 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.

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 6 meses para la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

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.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el Asegurado en caso de siniestro:

- Solicitud de reclamación proporcionada por la Compañía.
- Copia legible de identificación oficial vigente del reclamante.
- Copia legible de identificación oficial vigente del asegurado, en caso de que la tuviere.
- Original o copia certificada del 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 B Informe Médico" proporcionado por la Compañía, anexando los documentos (resultados de laboratorio, gabinete, etc.) probatorios del estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico del mismo especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual.

DOCUMENTOS Y/O REQUISITOS ADICIONALES QUE DEBERÁ PRESENTAR EL ASEGURADO, CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO DERIVADO DE UN SINIESTRO.

Adicionalmente si la invalidez ocurre dentro del primer año:

- Original del formato de declaración A y B proporcionado por la Compañía.
- Copia legible del comprobante de domicilio del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial)

Con base en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía 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.

**ENDOSO
DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DI)****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
21	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 CARENIA

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 constanding en el consentimiento del seguro:

En la fecha del inicio de vigencia de la póliza:

- a) 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.
- b) 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;
- c) 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.

- d) Que su edad al inicio de vigencia de la cobertura no sea inferior a 21 años, ni mayor a 60 años y en caso de renovación, su edad no sea mayor de 64 años.
- e) Trabajar en una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyente, esto No aplica para trabajadores al servicio del Estado.

TIPO DE COBERTURA

Los tipos de cobertura son los siguientes:

Tipo de Cobertura	Característica
Desempleo Involuntario Individual (DINV)	Este tipo de cobertura, considera como Asegurado exclusivamente a un acreditado, el cual cumplió con la descripción de Asegurado para esta cobertura constando en el consentimiento del seguro.
Desempleo Involuntario Mancomunado (DMAN)	Este tipo de cobertura, opera solo en el caso de créditos mancomunados y ampara el desempleo involuntario que sufra el Acreditado Titular del crédito o su Co-acreditado.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO INDIVIDUAL (DINV)

Si el Asegurado cubierto sufre un estado de desempleo involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía cubrirá mensualmente al beneficiario preferente únicamente el pago de la mensualidad pactada entre el Asegurado y el Acreditante 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 beneficiario preferente 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.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO MANCOMUNADO (DMAN)

Si el Asegurado (Acreditado Titular del crédito o su Co-acreditado) sufre un estado de desempleo involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía cubrirá mensualmente al beneficiario preferente únicamente el pago de la mensualidad pactada entre el Asegurado y el Acreditante 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 beneficiario preferente 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 Re elegibilidad: El Asegurado, podrá ser nuevamente elegible para esta Cobertura, después de haber transcurrido 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 21 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 momento de la renovación del Certificado individual 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) y Desempleo Involuntario Mancomunado (DMAN):

1. 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.

- Copia simple de Identificación Oficial de Asegurado, en caso de que la tuviese.
- 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, sólo si existiera o si la tuviera.
- 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.

CLAUSULAS 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.

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 30 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) Al correo electrónico del contratante previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales en formato PDF y avisos del producto, excluyendo publicidad.
- b) En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía (UNE).
- c) Envío físico al domicilio indicado por el contratante, 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 en www.banorte.com; o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00.

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 ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

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 pagar la indemnización, capital o renta, en caso de que proceda, 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, 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 estable lo siguiente:

“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.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

- a) 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.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA PROCEDIMIENTO

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.

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 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.

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 Contratación	Cancelación Automática
Muerte	18	75	Sin límite
PAI	18	70	71

La cobertura 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.

BENEFICIARIOS

El beneficiario preferente e Irrevocable será el Contratante hasta por el monto del Saldo Insoluto, pudiéndose nombrar Beneficiarios Adicionales de acuerdo a la regla de Suma Asegurada.

Se entenderá como Beneficiario Preferente e Irrevocable a la persona física o moral que el Asegurado designe mediante consentimiento irrevocable, quién tendrá derecho en primera instancia sobre cualquier otro beneficiario al pago de la indemnización del seguro de acuerdo a la regla de Suma Asegurada.

El Beneficiario Preferente e Irrevocable podrá ser modificado por el Asegurado con el consentimiento escrito del propio Beneficiario o por el fallecimiento de éste.

En consecuencia, cuando la suma asegurada exceda del saldo pendiente del adeudo al momento del fallecimiento del Asegurado, la diferencia será pagada a los demás Beneficiarios designados por el Asegurado en el Consentimiento para tal efecto, o en su caso, a la sucesión del Asegurado.

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 en que fue contratada, por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda la edad máxima de aceptación de la cobertura en la fecha de la renovación.

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del 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 deberán 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

El Contratante podrá participar en la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable, para esto deberá declararlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento, y constar expresamente en el Contrato de Seguro. Si no existe esta petición, el Grupo no tendrá este beneficio.

El pago de la participación de las utilidades en caso de que existiera se realizará al finalizar la vigencia de la póliza y no podrán realizarse pagos anticipados con base en la utilidad calculada antes de que finalice la vigencia de la póliza.

Cuando los Asegurados participen en el pago de la prima tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado.

En caso de que en alguno de los cálculos sobre vigencias vencidas, existiera pérdida debido a siniestros ocurridos y no reportados de vigencias anteriores y al hecho de haber pagado el dividendo respectivo, ésta se arrastrará para los siguientes periodos, y en caso de que persista al final del año póliza, se recuperará de cualquier dividendo pagado con anterioridad. En caso de cancelación de la póliza y de presentarse siniestros ocurridos y no reportados habiendo pagado dividendos, se recuperará cualquier dividendo pagado. La prima y siniestros considerados en el cálculo solo incluirán hasta la suma asegurada máxima.

La regla que utilice la Compañía para determinar la participación que corresponda a este tipo de póliza, será sobre las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El pago de dicha participación no está condicionado a la renovación.

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

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 de la colectividad correspondiente a los noventa días de espera.

PAGO DE DIVIDENDOS

La Institución de Seguros no realizará pagos por dividendos que deriven de una experiencia favorable en siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al asegurado, beneficiario o contratante de la póliza, según se convenga en este contrato.

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 el contratante y/o asegurado haya entregado a la compañía toda la documentación relativa a la ocurrencia del siniestro y que hubieren transcurrido los 30 días que ésta tiene para pronunciarse sobre la procedencia o improcedencia del siniestro y no existiera respuesta alguna, el asegurado tendrá derecho a una indemnización por mora de acuerdo a la legislación aplicable.
- El contratante y/o asegurado podrá 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 a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.
- Declarar de forma clara y amplia 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 contrata y especificada en la carátula de la póliza.

Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el **Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades** a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

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 o Colectividad 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.

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 **26 de abril de 2019**, con el número **CNSF-0001-0094-2019/CONDUSEF-000639-03**.

ANEXO DE LEGISLACIÓN

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas de internet:

- Ley Sobre el Contrato del Seguro.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

- Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

- Ley Federal del Trabajo

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

Adicionalmente, 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, 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 53400999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx