

Índice

DEFINICIONES	1
COBERTURA BÁSICA	2
COBERTURAS ADICIONALES	3
CLAUSULAS GENERALES	5

DEFINICIONES

COMPAÑÍA

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

CONTRATANTE

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

ASEGURADO

Personas(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.

ACREDITANTE

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

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, I. V. A. y prima de seguros) más el monto que se genere por concepto de mensualidades vencidas.

BENEFICIARIO

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

CONYUGE

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

GRUPO ASEGURABLE

Son 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.

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

Son aquellas que además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares o especiales y se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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.

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.

ACCIDENTE

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita o 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.

PERDIDA ORGANICA

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.

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 esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

COBERTURA BÁSICA

RIESGOS CUBIERTOS FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará al beneficiario designado como Suma Asegurada el saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro. 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, la Compañía pagará el beneficio designado como Suma Asegurada el saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro, después de transcurrido un periodo de espera de 6 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

También se considerará invalidez total y permanente:

- La pérdida de la función de la vista de ambos ojos
- La pérdida de ambas manos o 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 se aplicará el periodo 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.

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 al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**

5. Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, 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, aún 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 o sujeta a itinerarios regulares.
9. Inhalación de gas de cualquier tipo, a menos que se demuestre que fue accidental.
10. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
11. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquico 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, 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 total y permanente.

COBERTURAS ADICIONALES

ENDOSO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DSI)

CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Desempleo del Asegurado Titular originado por el despido por causas distintas a las previstas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

RIESGO CUBIERTO

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DSI)

A efecto de reducir o liquidar la deuda del Asegurado por el crédito que le haya otorgado el Contratante, la Aseguradora pagará al Contratante los beneficios correspondientes a esta cobertura en el caso en que el Asegurado sufra un estado de Desempleo Involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.

La Compañía cubrirá mensualmente al Contratante el monto contratado para esta cobertura. El número de mensualidades que pagará la Compañía al Contratante será el indicado en la carátula de la Póliza y Certificado correspondiente.

Se entenderá por Desempleo Involuntario, el originado por la acción de la empresa de dar por terminado el contrato de trabajo, por causas no previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

PRIMA

La prima de esta cobertura se incluye en la prima total que aparece en la carátula de la póliza.

CANCELACION 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 65 años.

3. Al haberse realizado cualquier reclamación por concepto de esta cobertura.

RIESGOS NO CUBIERTOS

- Retiro voluntario del empleo.
- Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.
- Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.
- Pérdida del empleo por incapacidad, causada por embarazo, accidentes, enfermedades o por lesiones autoinflingidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado Titular).
- Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.
- A personas con empleo temporal.
- A trabajadores independientes.
- Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.
- Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia o falta de atención o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.
- Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).
- Desempleo cuando el Asegurado Titular hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.

ENDOSO DE DESEMPLEO MANCOMUNADO (DSM) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Desempleo del Asegurado Titular originado por el despido por causas distintas a las previstas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

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.

RIESGO CUBIERTO

DESEMPLEO MANCOMUNADO (DSM)

Esta cobertura cubre de manera mancomunada al Asegurado y a su cónyuge, por esta razón, durante su vigencia ésta solo puede afectarse en una sola ocasión, ya sea por el desempleo del Asegurado o el de su Cónyuge.

A efecto de reducir o liquidar la deuda del Asegurado por el crédito que le haya otorgado el Contratante, la Aseguradora pagará al Contratante los beneficios correspondientes a esta cobertura en el caso en que el Asegurado o su cónyuge sufran un estado de Desempleo Involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.

La Compañía cubrirá mensualmente al Contratante el monto contratado para esta cobertura. El número de mensualidades que pagará la Compañía al Contratante será el indicado en la carátula de la Póliza y Certificado correspondiente.

Se entenderá por Desempleo Involuntario, el originado por la acción de la empresa de dar por terminado el contrato de trabajo, por causas no previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

PRIMA

La prima de esta cobertura se incluye en la prima total que aparece en la carátula de la póliza.

CANCELACION 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 65 años.
3. Al haberse realizado cualquier reclamación por concepto de esta cobertura.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Retiro voluntario del empleo.
2. Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.
3. Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.
4. Pérdida del empleo por incapacidad, causada por embarazo, accidentes, enfermedades o por lesiones autoinfringidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado Titular).
5. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.
6. A personas con empleo temporal.
7. A trabajadores independientes.
8. Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.
9. Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia o falta de atención o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.
10. Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).
11. Desempleo cuando el Asegurado Titular hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.

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 los certificados.

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 contendrán, 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, 18 y 19 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; los miembros del grupo que superen la suma asegurada máxima, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Compañía considere pertinentes, de acuerdo al monto de suma asegurada y a la edad del Asegurado.

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 que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

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.

DISPUTABILIDAD

Este 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 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 al Contratante la reserva matemática respecto del miembro del Grupo Asegurado, al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que la Compañía 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.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no está sujeto a restricciones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados, posteriores a la contratación de la póliza.

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.

INTERÉS MORATORIO

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

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

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

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

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las

fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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

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

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

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

cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

- a. Los intereses moratorios;
- b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c. La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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 naturales días, 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 prima 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 procedimiento que utilice la Compañía para este cálculo, será previamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

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 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 de edad cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, 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 verdadera, 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 esta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía pagará la cantidad 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 devolver al Contratante la reserva matemática correspondiente. El mismo tratamiento se aplicará aún cuando haya ocurrido el siniestro, en este caso, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad de pago del siniestro.

Las edades de aceptación son las siguientes

Cobertura	Edad Mínima de Contratación (años)	Edad Máxima de Contratación (años)	Edad de Cancelación Automática
Muerte	18	70	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.

PERIODO DE ESPERA

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, 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 estipulación 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 antes del fallecimiento del Asegurado, 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.

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 desde la fecha en que cesaron los efectos de la póliza.
- Se cumpla con la cláusula de Grupo Asegurable.
- Se presente carta de no siniestralidad.
- El Contratante solicite por escrito la rehabilitación.
- 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.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovar este contrato de seguro, a solicitud por escrito del Contratante, bajo las mismas condiciones en que fue contratado, 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

Seguros Banorte S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte, Hidalgo No. 250 Pte. Col. Centro C.P. 64000 Monterrey, Nuevo León R.F.C.
SBG971124PL2 Teléfono 01800 500 2500

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. Si el seguro se pactara en moneda extranjera o en UDI's, los pagos correspondientes se harán en la moneda pactada o en el equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera o UDI's en la República Mexicana que emita el Banco de México y se publique en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se efectúen los pagos. Los pagos se efectuarán en el domicilio de la Compañía. En caso de que desaparezca del mercado financiero el instrumento de inversión UDI, dicha póliza operará con base al indicador con el cual sustituya el valor de la UDI.

PRESCRIPCIÓN

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

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

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

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

El plazo de que trata el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tendido el 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.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

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.

La prima anual vencida o las fracciones que no hubieren sido pagadas, siempre y cuando no hayan transcurrido los 30 días a que se refiere el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, será deducida de la liquidación correspondiente.

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 (intereses normales, I. V. A. y prima de seguros).

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

El Asegurado o sus beneficiarios deben de informar su domicilio al asegurador para que éste llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

VIGENCIA

La vigencia de este seguro comienza en la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza hasta la fecha de vencimiento, también indicada en la carátula.

PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES

El Contratante y el Asegurado podrán participar, en la medida en que contribuyan al pago de la prima, de la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable. Dicha participación calculará en base a lo siguiente:

- a) Recibir la participación de acuerdo a la siniestralidad de la totalidad de las pólizas expedidas bajo éste mismo esquema que se contrató, conocido como experiencia global.

La regla que utilice la Compañía para determinar la participación que corresponda a este tipo de póliza, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El pago de dicha participación no está condicionado a la renovación. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrá otorgar participación de utilidades.

Para que dicha participación se otorgue, el Contratante deberá declararlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento y constar expresamente en el Contrato de Seguro.

En el caso de que los asegurados contribuyan al pago de la prima, en proporción al importe de su contribución con el total de la prima del grupo, el Contratante le entregará de la participación de utilidades que reciba, la proporción que corresponda a cada asegurado de acuerdo con su contribución.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.

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.

Los ajustes que sea necesario 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 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. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

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 30 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 treinta 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 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.

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 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, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de éstos.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

De acuerdo a lo que establece el Reglamento de Seguro de Grupo a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

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 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 **5 de Enero de 2011**, con el número **CNSF-S0001-0757-2010.**”