

Vida Vida Hospitalaria Banorte

Para reporte de siniestro llama al

800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.
y sábado de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
o consulta **banorte.com**

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	8
COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES	9
CLÁUSULAS GENERALES	34
CLÁUSULA CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS	52

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
VIDA HOSPITALARIA BANORTE**

DEFINICIONES

1. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V.
2. **Contratante:** Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
3. **Asegurado:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.
4. **Beneficiario:** Es la persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
5. **Deducible:** Es el número de días que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista la hospitalización. En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento médico, la Compañía aplicará un deducible de 48 horas de estancia hospitalaria continua en el hospital por cada enfermedad o accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las primeras 48 horas de hospitalización de la Cobertura de Ayuda Hospitalaria. Dicho deducible opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.
6. **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.

7. **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.
8. **Accidente amparado:** 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 siguientes a la fecha del accidente.
9. **Enfermedad amparada:** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos, de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se considera como enfermedad amparada toda aquella que contraiga el asegurado, y que su inicio, diagnóstico o tratamiento, ocurra mientras se encuentre vigente la cobertura respecto al asegurado de que se trate.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

10. **Tratamiento médico:** Es aquél que debido al estado de salud de la persona, requiere de estancia hospitalaria por espacio mayor a 48 horas dentro de un hospital. No está considerada la estancia en el área de urgencias en un hospital como tratamiento médico.
11. **Tratamiento quirúrgico:** Es toda intervención quirúrgica que requiera un internamiento hospitalario para la atención de un padecimiento mayor a 24 horas y que requiera la intervención de un equipo quirúrgico incluyendo la atención anestésica.

12. **Hospitalización:** Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para el padecimiento amparado, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.
13. **Hospital:** Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.
14. **Enfermedades preexistentes:** Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticadas por un médico o provocaron un gasto.
15. **Hospitalización:** La Hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.
16. **Hospital, clínica o sanatorio:** Institución legalmente autorizada para el diagnóstico por médicos, la atención médica y la atención quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que da servicio las 24 horas del día.
- No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de personas mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales.
17. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
18. **Reinstalación de suma asegurada:** La suma asegurada para el Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización se reinstalará automáticamente cada año, al momento de la renovación de la póliza bajo los mismos términos contratados inicialmente.

COBERTURA BÁSICA**RIESGOS CUBIERTOS****AYUDA FUNERARIA (AF)**

Si el Asegurado fallece durante el plazo de seguro contratado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo del Seguro, la protección terminará sin obligación para la Compañía.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA PARA LA COBERTURA DE AYUDA FUNERARIA (AF)

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

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 69.

COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES**AYUDA HOSPITALARIA (AH)**

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Compañía pagará al propio Asegurado la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, aplicando el deducible correspondiente.

La responsabilidad de la Compañía estará determinada en función del número de días que el Asegurado este internado en un hospital durante la vigencia del contrato del seguro, de conformidad con la siguiente tabla de indemnización:

Tabla de indemnización:

	% de la Suma Asegurada
De 3 a 15 días	100%
De 16 a 35 días	200%
Más de 35 días	300%

La indemnización en caso de Ayuda Funeraria (AF), se pagará a los Beneficiarios designados y la correspondiente a Ayuda Hospitalaria (AH) se efectuará al propio Asegurado.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización y siempre y cuando tuviera derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en el primer párrafo de esta cláusula, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios del Asegurado.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA PARA LA COBERTURAS DE AYUDA HOSPITALARIA (AH)

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

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 69.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Ayuda Hospitalaria (AH):

1. Intento de suicidio.
2. Enfermedades preexistentes.
3. Embarazo, parto, cesárea o aborto. Control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
4. Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquiera enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones.
5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.
6. Tratamientos o cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
7. Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso.
8. Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
9. Tratamientos relacionados con diálisis.
10. Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.
11. Padecimientos de nariz y senos paranasales.
12. Tratamientos ambulatorios.
13. Atención médica en el servicio de urgencias del hospital.
14. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones,

- o en la práctica cotidiana u ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
15. Accidente ocurrido al Asegurado cuando 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.
 16. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador
 17. Muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
 18. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.
 19. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
 20. Lesiones autoinfligidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 21. 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.

- 22. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 23. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 24. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 25. La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de Beneficios por parte de la Compañía, el Asegurado y/o sus beneficiarios deberán presentar a la Compañía las siguientes pruebas:

- I. Para el Beneficio de Ayuda Funeraria:**
 1. Original del acta de defunción del Asegurado
 2. Original y copia de la identificación oficial y de las actas de nacimiento de los beneficiarios.
- II. Para el Beneficio de Ayuda Hospitalaria:**
 1. Factura original que compruebe la hospitalización del Asegurado.
- III. Documentos Generales:**
 1. Declaración de siniestro a la Compañía en los formatos que la Compañía proporcione.
 2. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
 3. Original de identificación oficial del Asegurado.
 4. Original de la Póliza del Seguro firmado por el Asegurado.
 5. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el pago de la prima.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado o el Beneficiario, o el representante de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación e información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

No obstante lo anterior, si de los documentos entregados a la Compañía no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro. La Compañía tiene derecho a exigir al reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a. Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en

su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- b. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;

El asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.*

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral.*

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;*

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

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

BENEFICIO ADICIONAL

ENFERMEDADES GRAVES

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad de este beneficio es apoyar al Asegurado en el caso de que llegue a padecer alguna de las enfermedades graves que este beneficio considera.

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir esta cobertura de acuerdo con sus necesidades de protección, constando la contratación en la carátula de póliza.

DEFINICIONES

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Es la alteración súbita de las funciones cerebrales, originadas por una deficiente circulación sanguínea, que produce secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas y que incluye cualquiera de los siguientes eventos:

- Infarto de Tejido Cerebral
- Hemorragia Cerebral
- Embolia de Fuente Extracraneal

Adicionalmente deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Neurología, y se presenten estudios de Imagen del cerebro (tomografía computada, resonancia magnética), u otros como el electroencefalograma (EEG) o dúplex carotídeo, que confirmen el diagnóstico.

CÁNCER

Es la enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión a otros tejidos.

El término cáncer incluye entre otros la leucemia y la enfermedad de Hodgkin.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Oncología o Hematología y se presenten los resultados del estudio Histopatológico que confirme el diagnóstico.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticados por un médico o por otro medio reconocido de diagnóstico como son las pruebas de laboratorio o de gabinete, o que se comprueben mediante el resumen clínico, así mismo aquellas que previamente a la celebración del contrato provocaron un gasto para recibir un tratamiento.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Endurecimiento de los tejidos del Cerebro y/o Médula Espinal que produce parálisis de miembros inferiores y trastornos cerebrales.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe de contar con un diagnóstico emitido por un médico neurólogo y presentar los estudios de laboratorio y gabinete como resonancia magnética, potenciales evocados visuales, así como estudio de fluidos cerebroespinales que confirmen el diagnóstico.

INFARTO AL MIOCARDIO

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardiaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardiacas en la sangre periférica.

Para el pago de esta cobertura se procede siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente, lo cual lleva a una falla funcional crónica e irreversible de ambos riñones, que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o trasplante de riñón.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Nefrología e ir acompañado del informe nefrológico y se presenten los estudios de laboratorio que confirmen el diagnóstico.

MÉDICO

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

PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Se entienda como parálisis de las extremidades a la pérdida de la función motora de manera permanente de dos o más extremidades (superiores y/o inferiores), causada por accidente o enfermedad.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe de contar con diagnóstico emitido por un médico neurólogo o neurocirujano, y presentar la tomografía computarizada o resonancia magnética de cabeza y/o columna vertebral, biopsia del nervio o músculo, mielografía, electromiografía y potenciales evocados que confirmen el diagnóstico.

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 90 (noventa) días.

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

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se incluye todo aquel procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano dañado y sustituirlo por uno sano, de manera efectiva.

La Compañía ampara únicamente los trasplantes de: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Médula Ósea y Riñón; se deberá comprobar, mediante estudios médicos, de laboratorio e imagenología (cuando proceda) la disfunción severa del órgano, el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos y haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo del órgano.

COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de póliza, si encontrándose vigente ésta, se presenta alguno de los siguientes eventos:

- a) Que se le practique un trasplante de órganos vitales, como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de esta cobertura. Serán considerados como ORGANOS VITALES los siguientes: corazón, pulmón, hígado, páncreas, médula ósea o riñón.
- b) Que le sea diagnosticada clínicamente **por primera vez** alguna de las siguientes enfermedades graves:
 - Cáncer
 - Infarto al miocardio
 - Parálisis de Extremidades.
 - Insuficiencia renal Crónica.

- Accidente Cerebro Vascular
- Esclerosis Múltiple

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Graves Enfermedades de las anteriormente mencionadas durante el año de vigencia, siempre que se comuniquen a la Compañía, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia del seguro.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Enfermedades preexistentes.
2. Enfermedades que no correspondan a enfermedades enunciadas en los términos de esta cobertura.
3. Enfermedades que sean a consecuencia del Alcoholismo o drogadicción.
4. Cáncer en la piel, salvo Melanomas Malignos.
5. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
6. Angioplastia.
7. Que la enfermedad grave sea a consecuencia de alguna alteración Congénita.
8. Para Accidente Cerebro Vascular, se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.
9. Para Infarto al Miocardio, no se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.

- 10. Se excluye cualquier Trasplante de órganos no enunciado en el inciso a de riesgo cubierto de esta cobertura, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.**
- 11. Para Esclerosis Múltiple, se excluyen padecimientos como Enfermedad de Devic, Sarcoidosis, Vasculitis y/o Enfermedad de Lyme, ya que estos padecimientos pueden imitar los síntomas de la esclerosis múltiple.**
- 12. Se excluye parálisis ocasionada por apoplejía así como parálisis ocasionada por esclerosis múltiple y las parálisis de tipo transitorias.**

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 69 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 70 años

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.

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará 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 70 años.
3. Cuando se haya indemnizado esta cobertura.

PRIMA

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

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar, en caso de siniestro:

1. Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro asegurado.
2. Copia de la caratula de la póliza, o consentimiento de Seguro firmado por nuestro asegurado (si se encontrara en poder del asegurado).
3. Original de los formatos de reclamación; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro asegurado y médico quien atendió o certifico el diagnóstico de la enfermedad grave.
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del asegurado, elaborado por la institución pública de la que era derechohabiente, con antecedentes patológicos personales, cronología del(os) padecimiento(s) y tratamiento(s), así como los resultados de los estudios practicados al mismo que confirmen el diagnóstico, este documento es necesario al presentar la reclamación.
5. Resultado de los exámenes clínicos y estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad (Ejem. Histopatológico).

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, o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos siguientes:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio y gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

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

RESTRICCIÓN DE COBERTURA

Este beneficio adicional sólo se comercializará junto con una cobertura básica.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de la vigencia de la póliza de seguro, la Compañía se obliga a renovar la cobertura de este beneficio adicional, 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 la edad del Asegurado 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.

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 **24 de septiembre de 2020**, con el número **BADI-S0001-0103-2020**.

BENEFICIO ADICIONAL**FALLECIMIENTO POR SARS-CoV2 (COVID 19)**

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad de este beneficio es apoyar a los beneficiarios del Asegurado, en el caso de que éste último llegue a fallecer por SARS-CoV2 (COVID-19).

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir esta cobertura de acuerdo con sus necesidades de protección, constando la contratación en la caratula de póliza.

DEFINICIONES**COVID-19**

Enfermedad generada por el virus SARS-CoV2.

FALLECIMIENTO POR SARS-CoV2 (COVID 19)

Se entenderá que el fallecimiento fue consecuencia de la enfermedad denominada COVID-19, cuando el acta de defunción así lo estipule o en su defecto se presente la certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV-2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una institución de sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (INDRE) y que demuestre que esto ocasionó el deceso del Asegurado.

MÉDICO

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

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s)

cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 30 días.

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

COBERTURA

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado como consecuencia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 denominada **COVID-19**, la Compañía pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

No procede el pago de la indemnización por esta cobertura cuando el diagnostico positivo por COVID-19 hubiera sido determinado previó a la contratación del Seguro.

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 69 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 70 años

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.

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará 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 70 años.

PRIMA

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

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el(los) beneficiario(s), en caso de siniestro:

- Original de declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original del Acta de Defunción del Asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento del beneficiario (s)
- Original del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario.
- Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (original).
- Copia simple de la identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los beneficiarios.
- Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

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, o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha

comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

RESTRICCIÓN DE COBERTURA

Este beneficio adicional sólo se comercializará junto con una cobertura básica.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de la vigencia de la póliza de seguro, la Compañía se obliga a renovar la cobertura de este beneficio adicional, 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 la edad del Asegurado 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.

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 **24 de septiembre de 2020**, con el número **BADI-S0001-0102-2020**.

BENEFICIO ADICIONAL**HOSPITALIZACIÓN POR SARS-CoV2 (COVID 19)**

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad de este beneficio es apoyar al Asegurado en el caso de que llegue a requerir hospitalización por SARS-CoV2 (COVID-19).

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir esta cobertura de acuerdo con sus necesidades de protección, constando la contratación en la caratula de póliza.

DEFINICIONES**COVID-19**

Enfermedad generada por el virus SARS-CoV2.

MÉDICO

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

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 30 días.

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

TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

Se entenderá por tratamiento médico hospitalario cuando el Asegurado se registre como paciente de un hospital público o privado, clínica o ubicación habilitada por las autoridades sanitarias para estos efectos, por prescripción médica, utilizando al menos, 48 horas de servicio de habitación o camilla, alimentación y atención general de enfermería en dicho internamiento.

TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO GENERADA POR EL VIRUS SARS-CoV2 (COVID 19)

Se entenderá que la hospitalización fue consecuencia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 denominada COVID-19, cuando se presente la certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV-2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una institución de sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (INDRE)

COBERTURA

En caso de que el Asegurado, sea hospitalizado durante la vigencia de esta cobertura como consecuencia de requerir tratamiento médico hospitalario por un periodo mínimo de 48 horas continuas por diagnóstico de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 denominada **COVID-19**. La Compañía le pagará por única vez la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

No procede el pago de la indemnización por esta cobertura cuando: el diagnostico positivo por COVID-19 hubiera sido determinado previó a la contratación de esta cobertura. Es decir, cuando se

cuenta con alguna de las pruebas que se señalan a continuación:

- **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio y gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**
- **Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.**
- **Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 69 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 70 años

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.

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará 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 70 años.
3. Cuando se haya indemnizado esta cobertura.

PRIMA

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

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar, en caso de siniestro:

1. Copia de la póliza firmada por el asegurado, si lo tuviese.
2. Copia del Gasto Médico Hospitalario (Factura, con desglose de la misma-comanda-), si lo tuviese.
3. Copia de la hoja de admisión y egreso (Fecha de ingreso y egreso)
4. Historia Clínica del ingreso al hospital donde fue atendido con la evidencia de los estudios radiológicos de laboratorio, histológico, etc. que respalden el internamiento)
5. Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro asegurado.
6. Copia del CURP del Asegurado.
7. Comprobante de domicilio del asegurado
8. Original del Aviso de Privacidad firmado por el asegurado.
9. Original de los formatos de reclamación (Declaración A y B) Proporcionados por la Compañía.

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, o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

RECLAMACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos siguientes:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio y gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

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

RESTRICCIÓN DE COBERTURA

Este beneficio adicional sólo se comercializará junto con una cobertura básica.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de la vigencia de la póliza de seguro, la Compañía se obliga a renovar la cobertura de este beneficio adicional, 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 la edad del Asegurado 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.

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 **24 de septiembre de 2020**, con el número **BADI-S0001-0101-2020**.

CLÁUSULAS GENERALES**PROTECCIÓN**

Es objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

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, el Contratante y/o Asegurado.

COMPETENCIA*

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

INDISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos años continuos a partir de la fecha de su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Contratante y/o Asegurado al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

SUICIDIO

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS*

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

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

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

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

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

OMISIÓN 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 conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía, para considerar

rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

INDEMNIZACIÓN POR MORA*

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

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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 la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, 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.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago.

INMUTABILIDAD

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

VIGENCIA

La vigencia de este seguro comienza a las 12:00 horas de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza hasta las 12:00 horas de la fecha de vencimiento, también indicado en la carátula.

PRESCRIPCIÓN

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

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

Dichos plazos empezarán a contar a partir de la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no 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 Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

RENOVACIÓN

El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho a renovar las coberturas contratadas por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda el límite máximo de aceptación para cada cobertura en la fecha de renovación. El derecho a este beneficio se cancela

a partir de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento del seguro.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación. El pago de la prima acreditada mediante el recibo expedido por la Compañía se tendrá como prueba suficiente 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.

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 haya transcurrido más de seis meses desde la fecha del último pago realizado por concepto de prima.
- El Asegurado deberá reunir las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía a la fecha en que solicita la rehabilitación.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar por escrito su rehabilitación.
- Una vez que la Compañía haya aceptado el Riesgo, el Contratante y/o Asegurado se obligará a pagar las primas y los costos que se hubieren generado por concepto de la rehabilitación en una sola exhibición.
- La vigencia de la póliza será la originalmente pactada.

MODIFICACIONES

Las modificaciones a este contrato, se harán previo acuerdo entre las partes, modificaciones que constarán por escrito mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Toda notificación a la Compañía deberá realizarse por escrito y dirigirse a su domicilio social. 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 Contratante y/o Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

NOTIFICACIONES

El Contratante, Asegurado y/o beneficiario (s) podrán enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación de la Compañía notificar a El Contratante, Asegurado y/o beneficiarios cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza, de conformidad a lo estipulado en las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Es obligación del Contratante y Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuvieran durante la vigencia de la póliza, ya que toda comunicación que la Compañía le haga al Contratante y/ o Asegurado, la dirigirá a la última dirección que de ellos tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales.

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

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará, cuando proceda, las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, será deducida de la liquidación correspondiente, siempre y cuando el siniestro haya ocurrido dentro del periodo de gracia otorgado por la Compañía.

PRUEBAS

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

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

La obstaculización por parte del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO*

Este Contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado. De esta manera la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el período ya pagado. La fecha de vencimiento del último período pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN DEL CONTRATO

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

- Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación surtirá efectos a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- Cuando a petición del Contratante y/o Asegurado, la Póliza no sea renovada.
- Al fallecimiento del Asegurado.
- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.

BENEFICIARIOS

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios señalando en forma clara y precisa el nombre completo de cada uno de ellos, así como el porcentaje de la suma asegurada que les corresponde, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

La designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, por lo que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otras; por ejemplo “a los hijos menores del Asegurado”.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del Seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esta renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, antes o al mismo tiempo de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada que se le(s) haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada correspondiente a dicho(s) beneficiario(s) se pagará a su sucesión.

Si sólo se hubiera designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación.

En caso de que el Asegurado no hubiese hecho la designación de beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión de éste.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios 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 el contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

VALORES GARANTIZADOS

Este contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

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.

EDAD

EDAD REAL

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro.

LÍMITES DE EDAD

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. 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 reducirse de acuerdo con esta edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión (artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las edades de aceptación para cada una de las coberturas, se presentan en la siguiente tabla:

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación Automática (años)
Ayuda Funeraria (AF)	18	65	69
Ayuda Hospitalaria (AH)	18	65	69

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

PRIMAS

PAGO DE PRIMAS*

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, 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 el monto de la prima correspondiente a dicho periodo.

LO PACTADO EN ESTA CLÁUSULA NO ES APLICABLE A LOS SEGUROS POR UN SOLO VIAJE, YA QUE EL MONTO TOTAL DE LA PRIMA DEBERÁ SER PAGADO AL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y EN EFECTIVO.

PERIODICIDAD

El Asegurado puede optar para el caso de prima nivelada por la prima anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad de igual duración no inferior a un mes la cual podrá ser: mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada, vigente en la fecha de emisión de la póliza y dada a conocer por escrito previamente al Asegurado.

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.

En cumplimiento a lo dispuesto en 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 **28 de septiembre de 2012**, con el número **CNSF-S0001-0412-2012/ CONDUSEF-000573-02**.

* En cumplimiento a lo dispuesto en 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 **1 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0214-2015** y a partir del día **19 de noviembre de 2013**, con el número **CGEN-S0001-0177-2013** y a partir del día **8 de julio de 2016**, con el número **MODI-S0001-0015-2016** y a partir del día **20 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **5 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0131-2016** y a partir del día **15 de enero de 2019**, con el número **CGEN-S0001-0116-2018**.

CLÁUSULA CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

A) MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

B) CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

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

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

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

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

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

C) FORMALIZACIÓN DEL SEGURO.

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

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

El seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en las condiciones generales y especificadas en la caratula de póliza.

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

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

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

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

D) NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO.

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

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

E) CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Asegurado y/o contratante podrá solicitarlo por escrito a la Compañía; mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00, o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de mayo de 2020, con el número CGEN-S0001-0096-2020.

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

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 5340 0999 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