

Vida
Patrimonio
Vida Banorte

Para reporte de siniestro llama al

01 800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a domingo de 8:00 a.m a 10:00 p.m.
o consulta banorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	8
COBERTURAS ADICIONALES	10
CLÁUSULAS GENERALES	26

CONDICIONES GENERALES

PATRIMONIO VIDA BANORTE

DEFINICIONES

COMPAÑÍA

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

CONTRATANTE

Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí y que por cumplir los requisitos de elegibilidad ha sido aceptada por la Compañía, por lo que, se encuentra amparada por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, comprometiéndose a realizar el pago de las primas correspondientes.

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, y que para efectos de este contrato de seguro siempre será el Contratante.

BENEFICIARIO

Persona(s) designada(s) en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

Son aquellas que, además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares.

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.

DEPORTISTA PROFESIONAL

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

DEPORTISTA AMATEUR

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

BENEFICIOS

El Asegurado podrá contratar uno ó más de los beneficios que se mencionan a continuación:

- PLAN DE PROTECCIÓN.
- PLAN PERSONAL DE RETIRO.
- PLAN DE JUBILACIÓN.

MOVIMIENTOS DE RESERVA

El Asegurado en las fechas establecidas, podrá solicitar cambio en las opciones de rendimiento acreditable a la reserva de su póliza, dentro de un mismo BENEFICIO, eligiendo entre las opciones de rendimiento acreditable que la Compañía tenga establecidos para administrar la cuenta individual del BENEFICIO correspondiente.

La Compañía se reserva el derecho de cambiar la opción de rendimiento acreditable a la reserva, elegida por el Asegurado, cuando éste no permita dar cumplimiento a lo establecido en la normativa vigente aplicable, principalmente a lo establecido en la Circular Única de Seguros y Fianzas.

ACREDITACIÓN DE RENDIMIENTOS A LA RESERVA

La Compañía acreditará intereses a la reserva de la póliza de cada Asegurado, en función de la opción de rendimiento acreditable que tenga establecidos para administrar la cuenta individual del BENEFICIO correspondiente.

El Asegurado podrá elegir la opción de rendimiento acreditable a la reserva de su póliza, según el BENEFICIO contratado, en el entendido que la Compañía se reserva el derecho de cambiar la opción de rendimiento acreditable a la reserva, elegida por el Asegurado, cuando éste no permita dar cumplimiento a lo establecido en la normativa vigente aplicable, principalmente a lo establecido en la Circular Única de Seguros y Fianzas.

SALDO FINAL

El SALDO FINAL se determinará de acuerdo a los BENEFICIOS contratados en la póliza por el Asegurado, y será igual a la suma del monto constituido

por los siguientes conceptos:

- SALDO FINAL PLAN DE PROTECCIÓN (Art. 93 de la Ley del Impuesto sobre la Renta).
- SALDO FINAL PLAN PERSONAL DE RETIRO (Art. 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta).
- SALDO FINAL PLAN DE JUBILACIÓN (Art. 185 de la Ley del Impuesto sobre la Renta)

SALDO INICIAL DEL MES

Se denomina SALDO INICIAL DEL MES al valor del SALDO FINAL DEL MES inmediato anterior.

SALDO FINAL DEL MES

El SALDO FINAL DEL MES se determinará de acuerdo a los BENEFICIOS contratados en la póliza por el Asegurado, y será igual al monto constituido durante el periodo comprendido entre el inicio de vigencia de la póliza y el último día del mes en que sea determinado este concepto.

El SALDO FINAL DEL MES es igual a la suma del monto constituido por los siguientes conceptos:

- SALDO FINAL PLAN DE PROTECCIÓN DEL MES.
- SALDO FINAL PLAN PERSONAL DE RETIRO DEL MES.
- SALDO FINAL PLAN DE JUBILACIÓN DEL MES.

SEGURO PURO

Se refiere a las sumas aseguradas contratadas para las coberturas del riesgo de Fallecimiento, Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Accidente Colectivo y Pago de Suma asegurada por Invalididad Total y Permanente, estipuladas en la carátula de la póliza.

SEGURO DE SUPERVIVENCIA

Se refiere al monto que, por concepto de supervivencia, pagará la Compañía al Asegurado al término de la vigencia del seguro.

Este monto de seguro de supervivencia corresponde al monto del SALDO FINAL calculado al último día de vigencia de la póliza.

COBERTURAS BÁSICAS**RIESGOS CUBIERTOS****FALLECIMIENTO**

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada de esta cobertura estipulada en la carátula de la póliza, así como el valor del SALDO FINAL constituido a la fecha de fallecimiento, finalizando así toda responsabilidad entre las partes.

La Compañía, con conformidad a las leyes fiscales, retendrá los impuestos que, en su caso correspondan.

INDEMNIZACIÓN POR SUPERVIVENCIA.

En caso de que el Asegurado llegue con vida al final de la vigencia del seguro contratado, la Compañía le indemnizará al Asegurado esta cobertura, con cualquiera de las siguientes opciones:

1. PAGO ÚNICO. El Asegurado podrá solicitar que el pago de la cobertura de indemnización por supervivencia se realice en una sola exhibición, esta solicitud deberá realizarse de forma expresa y por escrito.

De esta manera la Compañía pagará al Asegurado el monto del Seguro de Supervivencia, finalizando así toda responsabilidad entre ambas partes.

2. RENTA VITALICIA. El asegurado podrá solicitar que el pago de la cobertura de indemnización por supervivencia se realice en rentas vitalicias, esta solicitud deberá realizarse de forma expresa y por escrito.

De esta manera la Compañía pagará al Asegurado la renta mensual que le corresponda. El monto de la renta mensual será el resultado de aplicar el Seguro de Supervivencia a la metodología que la Compañía tenga registrada para estos efectos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, vigente al final de la vigencia de la póliza.

En caso de que al final de la vigencia de la póliza la Compañía tuviera, para este seguro, otras opciones de pago de rentas, el Asegurado podrá solicitar, de manera expresa, el pago de su indemnización bajo alguno de estos nuevos esquemas, lo cuales estarán registrados ante la Comisión Nacional de seguros y Fianzas.

Una vez realizado el pago de la Indemnización por Supervivencia, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad. El Asegurado será la única persona que podrá hacer uso de este derecho.

EXTENSIÓN DE LA VIGENCIA.

Una vez cumplido el periodo de vigencia del seguro contratado, si el Asegurado desea extender el periodo de vigencia del contrato, podrá hacerlo hasta que el Asegurado reclame el seguro de supervivencia o cuando la edad de éste sea mayor de 100 años. El monto del seguro de supervivencia será el monto del SALDO FINAL alcanzado a la fecha solicitada.

La solicitud de esta opción deberá realizarse de forma expresa y por escrito por el Asegurado, con treinta días de anticipación a la fecha de vencimiento indicada en la caratula de la póliza. El Asegurado será la única persona que podrá hacer uso de este derecho.

Una vez realizado el pago de la Indemnización por Supervivencia, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad.

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS EN CASO DE FALLECIMIENTO:

- Original o copia de la póliza de seguros, si existiera o si la tuviera.
- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración 1 y 2 firmado(s) y contestado(s) por el(los) reclamante(s), y médico que certificó el fallecimiento.
- Original del Acta de Defunción del asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento de cada uno del beneficiario(s).
- Original del Acta de Matrimonio (en caso de que el beneficiario sea el cónyuge).
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) beneficiario(s).
- Copia de CURP del Asegurado
- Copia de CURP del Beneficiario(s)
- Copia de comprobante de domicilio del (de los) beneficiario(s).

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SOBREVIVENCIA:

- Original de la Póliza de Seguro.
- Copia simple de la cedula fiscal o cualquier documento que haga constar su RFC con homoclave, podría ser: el estado de cuenta de

- la AFORE, Alta del IMSS, Declaración de Impuesto, u otro.
- Copia de CURP del Asegurado
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.
- Copia de comprobante de domicilio del Asegurado

COBERTURAS ADICIONALES

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

RIESGO CUBIERTO POR ESTA COBERTURA

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de:

Paracaísmo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.

2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor, de dos o tres ruedas.
3. Accidente ocurrido al Asegurado a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
4. Muerte ocurrida por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, drogas, o enervantes excepto si fueron prescritos por un médico.
5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.
6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y bacteriológica.
7. Muerte ocasionada por lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del Asegurado.
8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.
9. Inhalación de gas tóxico de cualquier tipo, siempre

y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.

10. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.

11. Muerte ocasionada por lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.

12. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente.

13. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE SINIESTRO

- Original o copia de la póliza de seguros si existiera o la tuviera.
- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración 1 y 2 firmado(s) y contestado(s) por el(s) reclamante(s), y médico que certificó el fallecimiento.
- Original del Acta de Defunción del asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento de cada uno del beneficiario(s).
- Original del Acta de Matrimonio (en caso de que el beneficiario sea el cónyuge).
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) beneficiario(s).
- Copia de CURP del Asegurado
- Copia de CURP del Beneficiario(s)
- Copia de comprobante de domicilio del (de los) beneficiario(s)
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como

sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia.

ENDOSO PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

PERDIDAS ORGÁNICAS (PO)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna(s) de las siguientes pérdidas orgánicas:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada en esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

- Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

RIESGOS NO CUBIERTOS

- Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.

- Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor, de dos o tres ruedas.
- Accidente ocurrido al Asegurado a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
- Pérdidas orgánicas o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, drogas, o enervantes excepto si fueron prescritos por un médico.
- Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares, a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo),
- Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
- Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del Asegurado.
- 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.
- Pérdida orgánica o lesiones ocurridas por envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado

intencionalmente por el Asegurado.

- 10. Pérdida orgánica o lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 12. Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**
- 13. Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente anterior a la contratación del seguro.**

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

- Copia u Original de la Póliza.
- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por el Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad.
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.
- Copia de CURP del Asegurado
- Historia Médica elaborada por la Institución en la cual se encuentra afiliado el Asegurado. En este documento nos debe de especificar motivo de ingreso, la causa que generó la pérdida orgánica atención, evolución, tratamiento, manejo medico/quirúrgico, egreso, con fecha, hora, firmas, cedulas de los médicos que ofrecieron la atención, acorde a la especialidad del órgano afectado, sellos y en hojas membretadas de la Institución.
- Estudios radiológicos y de gabinete que corroboren la pérdida orgánica.

ENDOSO ACCIDENTE COLECTIVO (AC) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

ACCIDENTE COLECTIVO

Se considera accidente colectivo aquel accidente que sufra el Asegurado:

- Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- Mientras viaje como pasajero de un ascensor que opere para servicio público (con exclusión de los ascensores industriales o de minas).
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

ACCIDENTE COLECTIVO (AC)

La Compañía pagará, a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un Accidente Colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Se considera Accidente Colectivo aquel accidente que sufra el Asegurado:

- a) Accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre

y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**

- c) Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.

2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor, de dos o tres ruedas.

3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.

4. Muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, drogas, o enervantes excepto si fueron prescritos por un médico.

5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones,

insurrecciones o alborotos populares, a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo),

- 6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
- 7. Muerte ocasionada por lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del Asegurado.**
- 8. Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
- 9. Muerte ocasionada por lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 10. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente.**
- 11. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

- Original o copia de la póliza de seguros si existiera o la tuviera.
- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración 1 y 2 firmado(s) y contestado(s) por el(los) reclamante(s), y médico que certificó el fallecimiento.
- Original del Acta de Defunción del asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento de cada uno del beneficiario(s).
- Original del Acta de Matrimonio (en caso de que el beneficiario sea el cónyuge).
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) beneficiario(s).
- Copia de CURP del Asegurado

- Copia de CURP del Beneficiario(s)
- Copia de comprobante de domicilio del (de los) beneficiario(s)
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia.

ENDOSO**PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAI)**
CONDICIONES PARTICULARES**DEFINICIONES****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 impida al Asegurado el desempeño de todas 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. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya, por lo menos, en 50% respecto al de su trabajo habitual.

Además se considerará 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 los casos en que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de un accidente, no se considerará el periodo de espera de seis meses. Así mismo, se considerará como tal, si ésta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

**RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO
PAGO DE SUMAASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAI).**

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, después de transcurrido un período de espera de 6 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

También se considerará invalidez total y permanente:

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

En los casos en que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de un accidente, no se considerará el periodo de espera de seis meses.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro 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 71

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí,

tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.

2. Accidente ocurrido cuando el Asegurado viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor, de dos o tres ruedas.
3. Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
4. Invalidez o incapacidad ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, drogas, o enervantes excepto si fueron prescritos por un médico.
5. Invalidez sufrida por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares, a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo),
6. Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
7. Invalidez ocasionada por lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del Asegurado.
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. Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.
10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.
11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente.
12. Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.

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

Las bases que la Compañía empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de invalidez total y permanente son las siguientes:

- 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 alguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó siempre y cuando anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

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

Así mismo, si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si

dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

- Original de la Póliza de Seguro
- Original de los formatos de reclamación proporcionados por la Compañía; Declaración A y B firmado(s) y contestado(s) por el (los) reclamante(s) y médico que certificó la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
- Copia de CURP del Asegurado
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.
- Copia de comprobante de domicilio del Asegurado
- Original o copia Certificada del Dictamen de Invalidez ST3, ST4 expedido por el IMSS; o el homologo expedido por el ISSSTE, Sector Salud, Institutos Médicos Gubernamentales, etc.

**ENDOSO
ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES**

Endoso que se anexa y forma parte de las Condiciones Generales.

Mediante este endoso se hace constar que se otorga a esta póliza el beneficio denominado Anticipo por enfermedades terminales, este beneficio consiste en lo siguiente:

La Compañía indemnizará al Asegurado el 25% de la suma asegurada contratada en la cobertura de fallecimiento por concepto de anticipo por enfermedades terminales, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, o de su última rehabilitación.
2. Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable,
3. Que el Asegurado se vea afectado por alguno de los siguientes padecimientos:
 - Infarto al miocardio.
 - Accidente cardiovascular.
 - Cáncer.

- Insuficiencia renal crónica.
- Cirugía de arterias coronarias.

Y a consecuencia de ello, le sea diagnosticado un estado de salud terminal.

Se entenderá que el Asegurado presenta un estado de salud terminal, si al diagnosticarle alguno de los padecimientos señalados anteriormente, queda asentado por un médico especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o en su caso por el médico especialista que la Compañía designe, que las condiciones de salud del Asegurado ocasionarán necesariamente su muerte dentro de un lapso no mayor a 12 meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de Anticipo por enfermedades terminales, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

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 **27 de Julio de 2007**, con el número **CGEN-S0001-0035-2007** y a partir del día **1 de abril de 2015** con el número **RESP-S0001-0236-2015**.

**ENDOSO
ANTICIPO POR GASTOS DE SEPELIO**

Endoso que se anexa y forma parte de las Condiciones Generales.

Mediante este endoso se hace constar que se otorga a esta póliza el beneficio denominado Anticipo de gastos de sepelio este beneficio consiste en lo siguiente:

La Compañía indemnizará al beneficiario designado o en caso de que

hubiera varios beneficiarios el pago se hará a aquel que lo solicite, siempre que la suma asegurada a que tenga derecho en la cobertura de fallecimiento sea mayor o igual al importe del anticipo.

El anticipo será equivalente al 10% de la suma asegurada contratada en la cobertura de fallecimiento y este se pagará, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de la emisión de la póliza.
- Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable.
- Y que el beneficiario presente el certificado de defunción correspondiente.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de Anticipo por gastos de sepelio, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

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 **27 de Julio de 2007**, con el número **CGEN-S0001-0036-2007** y a partir del día **1 de abril de 2015** con el número **RESP-S0001-0236-2015**.

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato únicamente las coberturas básicas y 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 y el 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 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.

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 ininterrumpidos a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Asegurado al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental

o físico del Asegurado, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

OMISIÓN O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y/o Asegurado está obligado 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).

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

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

extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

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 establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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 de 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.

EDAD

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

La edad real declarada por el Asegurado deberá comprobarse ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro las edades de aceptación fijadas por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagara un costo del riesgo exigible menor del que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía, derivada del seguro puro se reducirá en la proporción que exista entre el costo del riesgo exigible estipulado y el costo del riesgo exigible para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato;
- Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad real del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando un costo de riesgo exigible más elevado que el correspondiente a la edad real, la Compañía estaría obligada a reembolsar 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. Los costos de riesgo exigible ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real;
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar el seguro puro que los costos del riesgo exigible hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para el cálculo que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

EDAD DE CÁLCULO

- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo masculino no fumador, se aplicará un descuento de 2 años a la edad real del Asegurado. En caso de que la edad obtenida con el descuento sea menor a la edad mínima establecida para el ingreso al plan, entonces se aplicará esta última.
- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo femenino, se aplicará un descuento de 3 años a la edad real del Asegurado. En caso de que la edad obtenida con el descuento sea menor a la edad mínima establecida para el ingreso al plan, entonces se aplicará esta última.
- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo femenino no fumador, se aplicará un descuento de 5 años a la edad real del Asegurado. En caso de que la edad obtenida con el descuento sea menor a la edad mínima establecida para el ingreso al plan, entonces se aplicará esta última.
- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo masculino fumador, no se aplicará ningún descuento a la edad real del Asegurado.

EDAD FUERA DE LÍMITE

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

Las edades de aceptación para cada uno de los planes, se presentan en la siguiente tabla:

Plan	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
Temporal 5 años	18 años	95 años
A Edad Alcanzada 65 años	18 años	60 años

Para la cobertura básica, las de accidente, las de pérdidas orgánicas aplicarán las edades de aceptación arriba señaladas, para las coberturas de invalidez solo aplicará la edad mínima de aceptación arriba señalada, está se cancelará conforme a lo especificado en la sección de cancelación automática de esta cobertura.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean 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.

En caso, de que el contrato haya sido convenido en dólares, se utilizará el tipo de cambio de venta del dólar de los E.U.A. determinado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de Pago.

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 de póliza.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de dos años en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados a partir de la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

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

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

REHABILITACIÓN

En este contrato de seguro NO EXISTE rehabilitación, por esta razón, si el valor en efectivo constituido no es suficiente para cubrir por lo menos el Costo del Riesgo Exigible equivalente a un mes. En este caso se deberá estar a lo dispuesto en la cláusula PERÍODO DE GRACIA.

MODIFICACIONES

Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El ejecutivo, 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 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).

CANCELACIÓN

El Asegurado en cualquier momento tiene la facultad de dar por terminado el Contrato con anterioridad a su vencimiento, para esto deberá dar aviso a la Compañía por escrito. La cancelación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras estuvo en vigor el contrato y el valor en efectivo que corresponda.

Cuando un Asegurado solicite la cancelación de su póliza, la Compañía le devolverá la parte no devengada que corresponda del costo del riesgo exigible, a la fecha de cancelación, más lo especificado en la cláusula de valor en efectivo de estas condiciones generales, en un periodo máximo de dos días hábiles contados a partir del día siguiente de recibir la documentación completa, mediante transferencia bancaria.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la Compañía reciba la solicitud del Asegurado o en su caso, en la fecha que indique la solicitud, solo en el supuesto en que esta sea posterior a la recepción de la solicitud.

NOTIFICACIONES

El Asegurado podrá enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación del Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza. Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección

CONDICIONES GENERALES

que de él tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales.

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. Cualquier adeudo derivado de este contrato, será deducido de la liquidación correspondiente.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato termina sin responsabilidad posterior para la Compañía con la ocurrencia de alguno de los siguientes supuestos, cualquiera de ellos de manera excluyente: la entrega de la cantidad asegurada al ocurrir el evento amparado por la póliza o la liquidación del valor en efectivo que proceda a solicitud del Asegurado.

BENEFICIARIOS

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, 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. 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 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos antes que el

CONDICIONES GENERALES

Asegurado, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

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.

CESIÓN

Los derechos de este Contrato, solo pueden cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificado por escrito a la Compañía. La cesión solo podrá efectuarse en los términos de los artículos 165 y 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

ESTADOS DE CUENTA

La Compañía enviará al Asegurado, de forma trimestral, un estado de cuenta en el que se mostrarán los movimientos de la póliza, desde que se generó el último reporte o estado de cuenta hasta la fecha del corte.

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

PRIMAS

Las primas son la contraprestación que el Contratante paga a la Compañía en correspondencia a la obligación que ésta contrae de cubrir el riesgo amparado en el contrato de seguro.

Para estos efectos, son primas todos los pagos que realice el Contratante a la Compañía, durante la vigencia de la póliza.

La Compañía acreditará intereses a la reserva de la póliza de cada Asegurado, en función de las opciones de rendimiento acreditable que tenga establecidos para administrar la cuenta individual del beneficio correspondiente. El Asegurado podrá elegir las opciones de rendimiento acreditable a la reserva de su póliza, según el beneficio contratado, en el entendido que la Compañía se reserva el derecho de cambiar la opción de rendimiento acreditable a la reserva, elegido por el Asegurado, cuando éste no permita dar cumplimiento a lo establecido en la normativa vigente aplicable, principalmente a lo establecido en la Circular Única de Seguros y Fianzas.

El rendimiento acreditable a la reserva se verá modificado de acuerdo a las fluctuaciones del mercado y no existirá una garantía sobre el SALDO FINAL, pudiéndose dar el caso de minusvalías por efecto del comportamiento del mercado.

PRIMA INICIAL

Es la prima mínima que el Contratante requiere pagar al momento de contratar el seguro.

PRIMA COMPLEMENTARIA INICIAL

Es la prima adicional a la Prima Inicial que el Contratante puede pagar al momento de contratar el seguro, si así lo desea.

PRIMA COMPLEMENTARIA

Es la prima adicional a la Prima Inicial que el Contratante puede pagar a su seguro si lo desea, en cualquier momento, siempre que éste se encuentre vigente.

PRIMA PROGRAMADA

Es la prima adicional a la Prima Inicial que el Contratante puede pagar a su seguro, siempre que éste se encuentre vigente, por el monto y la periodicidad en que se hayan convenido previamente.

PAGO

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de las primas correspondientes.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo que emita ésta.

PERIODO DE GRACIA

El monto que el asegurado podrá obtener al cancelar su póliza se denomina valor en efectivo, es equivalente al valor del SALDO FINAL menos la penalización denominada costo por rescate.

Si el valor en efectivo, constituido no es suficiente para cubrir por lo menos el costo del riesgo exigible equivalente a un mes, se otorgará un periodo de 30 días naturales posteriores a la fecha de cobro de los costos de seguro que no se alcanzaron a cubrir, para que el Contratante cubra dicho concepto, en caso contrario, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia sin responsabilidad posterior para la Compañía.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del periodo de gracia y si no se hubiera pagado el costo de riesgo exigible a que se refiere el párrafo anterior, la Compañía tiene el derecho de deducir del pago de los beneficios cualquier costo de seguro vencido y no pagado y cualquier adeudo de la póliza.

COSTO DEL RIESGO EXIGIBLE

El costo del riesgo exigible, es el resultado de multiplicar el SEGURO PURO por los factores de la prima bruta mensual que correspondan a la edad de cálculo del Asegurado, para las coberturas contratadas y estipuladas en la carátula de la póliza por Fallecimiento, Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Accidente Colectivo y Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.

Cada mes la Compañía de forma automática deducirá el costo del riesgo exigible del SALDO INICIAL DEL MES, del beneficio contratado por el Asegurado que corresponda.

Si el valor en efectivo a que tuviera derecho el Asegurado no fuera suficiente para pagar los cargos mensuales a que se refiere el párrafo anterior, una vez transcurrido el periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

LIQUIDEZ

La liquidez de los beneficios contratados por el Asegurado en su póliza serán en las fechas establecidas, toda solicitud de retiro o solicitud de rescate de póliza debe enviarse por escrito a la Compañía. La póliza será objeto de las penalizaciones pactadas para cada caso y estipuladas en la cláusula correspondiente en estas condiciones generales.

Adicional, el Asegurado podrá solicitar en cualquier momento algún retiro extemporáneo o el rescate de su póliza, la liquidez para estas solicitudes será de 2 días hábiles a partir de su solicitud y la Compañía aplicará a la póliza las penalizaciones pactadas.

El monto variará dependiendo del valor del mercado, las penalizaciones que correspondan y en su caso la retención de los impuestos que procedan de conformidad con las disposiciones legales fiscales aplicables.

ASPECTO FISCAL

Los pagos que la Compañía realice al Asegurado o a sus Beneficiarios por concepto de retiros, rescate de póliza o pago de suma asegurada, causarán el pago de impuestos de conformidad con las disposiciones legales fiscales que se encuentren en vigor en el momento en que se efectué el pago.

Los efectos fiscales que se señalan en el presente contrato, en la póliza de seguro, o en cualquier otro documento que al efecto haya expedido la Compañía, se fundan en las disposiciones aplicables en México, vigentes a la fecha de contratación del presente seguro, mismas que pueden ser modificadas o derogadas en cualquier momento, de tal forma que pueden afectar o variar el régimen fiscal aplicable.

GASTOS DE ADQUISICIÓN

Los primeros días de cada mes se deducirá del SALDO INICIAL DEL MES los de gastos de adquisición de l(os) beneficio (s) contratado (s) por el Asegurado.

La Compañía mensualmente realizará el cargo que corresponda por concepto de gastos de adquisición, con apego a lo que tenga registrado en esa fecha, ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para este concepto. Así mismo, se retendrán los impuestos que en su caso correspondan respecto de la legislación fiscal vigente al momento de la deducción.

VALORES GARANTIZADOS

Este plan otorga el derecho al valor en efectivo como único valor garantizado al cual puede tener derecho el Asegurado.

VALOR EN EFECTIVO

El Asegurado en cualquier momento podrá hacer uso del derecho de rescate total de su plan (cancelar), recibiendo el valor del SALDO FINAL menos el costo por rescate.

COSTO POR RESCATE

El costo por rescate variará de acuerdo a la antigüedad de la póliza como a continuación se indica:

Año Póliza	Costo por Rescate
1	\$7,500 MN
2	\$5,000 MN
3 o más	\$2,500 MN

Para dólares se cobrará su equivalente con apego a la cláusula Moneda.

Del valor en efectivo de la póliza se deducirá cualquier adeudo derivado de este contrato, así como la retención de los impuestos que correspondan, conforme a la legislación vigente al momento del pago.

RETIROS.

Durante la vigencia de la póliza, se podrán hacer 2 tipos de retiros:

1. Retiro Parcial. Este tipo de retiro será sin costo para el Asegurado y deberá avisarse por escrito de acuerdo a las fechas establecidas por la Compañía en el endoso de condiciones particulares.

2. Retiro Extemporáneo. Es cualquier retiro que realice el Asegurado que no cumpla con las características del Retiro Parcial, la Compañía cobrará un monto de \$150 M.N. por retiro solicitado por el Asegurado.

Para dólares se cobrará su equivalente con apego a la cláusula Moneda.

Ambos tipos de retiros se deberán realizar mediante solicitud expresa y por escrito del Asegurado. El retiro podrá ser por cualquier monto siempre y cuando se mantenga en el SALDO FINAL al menos la prima inicial indicada en la caratula de la póliza.

El monto del retiro será deducido del SALDO FINAL que tenga constituido a la fecha que solicite el retiro.

Se retendrá los impuestos que en su caso correspondan.

SINIESTROS

Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía.

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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 **22 de septiembre de 2017**, con el número **CNSF-S0001-0384-2017/CONDUSEF-002647-02**.

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

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

