

AP Escolar

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al

01 800 201 6764

en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro

Centro de Atención Telefónica

01 800 837 1133

de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx



CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES	5
CLÁUSULAS GENERALES	8
RIESGOS CUBIERTOS	34
EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS	35
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	35
A. MUERTE ACCIDENTAL (MA)	35
B. GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL (GSMA)	35
C. PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A”(POA)	37
D. PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B” (POB)	38
E. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE. (RGMA)	41
F. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE (IDHA)	44
G. INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (BITTA)	46
H. COBERTURA DENTAL DE URGENCIAS	48

CONDICIONES GENERALES SEGURO AP ESCOLAR

DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro, pudiendo ser por el contexto en femenino o masculino, en plural o singular.

Accidente: Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, por lo tanto no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Colectivo: Se considera accidente colectivo aquel que sufra el asegurado:

- Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo de servicio 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 encontrare el asegurado al iniciarse el incendio.

Asegurado: Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada aceptado por la Compañía y que se encuentra amparado en el Contrato de Seguro de acuerdo a la(s) cobertura(s) descrita(s) en el certificado individual correspondiente.

Beneficiario: Persona designada por el Asegurado como titular de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.

Beneficio: Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

Colectividad Asegurable: Cualquier conjunto de personas que pertenezcan

a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Colectividad Asegurada: Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable han llenado, firmado y entregado a la Compañía, por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Compañía.

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

Consentimiento: Significa el documento mediante el cual el Asegurado hace Constar su voluntad para adherirse a la Colectividad Asegurada, respecto de la(s) cobertura(s) contratada(s) que vendrán especificadas en la carátula de la póliza y/o certificado individual y vienen contempladas y detalladas en este Contrato de Seguro.

Contratante: Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato de seguro. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente sobre la colectividad asegurada y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.

Contrato de seguro: Significa el contrato celebrado entre la compañía y el Contratante, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, integrado por los siguientes documentos:

- Estas condiciones generales;
- La solicitud;
- La carátula de la póliza
- Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro;
- Los endosos que en su caso se agreguen;

Todos aquellos documentos entregados por la Compañía y/o a la Compañía.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM): La Unidad de Medida y Actualización Mensual; referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de

México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores. Vigente a partir del año 2016.

Deducible: Cantidad establecida en la póliza a cargo del Asegurado para cada accidente y aplica en la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Endoso: Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, adiciona beneficios para el Asegurado o modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

Evento: Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. También se podrá hacer referencia de éste como SINIESTRO.

Fecha de inicio de vigencia: Significa la fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de éste Contrato de Seguro.

Fecha de alta del certificado individual: Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento del alcoholismo, drogadicción, o cualquier otra adicción.

Hospitalización: Es el período en que, debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente, sea estrictamente necesario que el Asegurado permanezca internado en un Hospital. Este período deberá ser mayor de 24 horas.

Invalidez Total Temporal Como Consecuencia de un Accidente: Es la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente Escolar, que le impida temporalmente el desempeño de su

trabajo habitual remunerado, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

En el caso de invalidez total temporal como consecuencia de un Accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

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

Pérdida Orgánica: Por pérdida de un pie, una mano o de cualquiera de los dedos de la mano, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de la vista de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en uno o ambos ojos.

Padecimientos Preexistentes: Aquellos que antes del inicio de vigencia de la póliza provocaron un gasto, fueron diagnosticados por un médico o fueron tratados con algún medicamento o tratamiento.

Prima Neta: Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza especificados en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO

Esta póliza, la solicitud de seguro, el registro de Asegurados, los consentimientos y certificados individuales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante, cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes de la Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades.

PROTECCIÓN

Son objeto de este contrato únicamente la cobertura básica y adicionales enunciadas en el espacio de "Coberturas Contratadas" en la carátula de la póliza.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá y entregará al Contratante un certificado individual para cada uno de los asegurados, a efecto de que éste lo entregue a cada uno de los asegurados. Cada certificado contendrán, cuando menos, los siguientes datos:

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

COSTO DE ADQUISICIÓN

Es el porcentaje de la prima, que por concepto de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

PRIMA NETA

Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza, especificado en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro de la colectividad asegurada, por reglas que eviten la selección adversa a la Compañía.

MODIFICACIONES

Este contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes Contratantes y haciéndose constar mediante endosos previamente

registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier otra índole.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

VIGENCIA

Cada cobertura contratada entra en vigor en la fecha de celebración del contrato y continúa durante el plazo de seguro, estipuladas en la carátula de la póliza.

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la póliza y/o Certificado Individual respectivo. Durante la vigencia del Contrato de Seguro tendrán lugar altas y bajas de Certificados Individuales correspondientes a los Asegurados.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 12:00 horas de la Fecha de Alta del Certificado Individual especificada en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer o ser parte de la Colectividad Asegurada, el Asegurado sea dado de baja de la Colectividad por el Contratante o no sea reportado como Asegurado;
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado;
- En la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro.

REGISTRO DE ASEGURADOS

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

SUSTITUCIÓN DEL CONTRATANTE

En caso de que el seguro colectivo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir este contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al presente Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante. La Compañía se obliga a reintegrar a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

- a. Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la colectividad asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los Beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable.
- b. Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la colectividad asegurada dentro de los 30 días siguientes a cada separación.
- c. Dar aviso a la Compañía dentro del término de 15 días naturales, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Enviar a la Compañía los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

Debe quedar debidamente pactado en este documento.

DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague la indemnización correspondiente por la cobertura contratada siempre y cuando se haya comprobado el siniestro. No pudiendo nunca exceder dichos Pagos el monto de la Suma Asegurada contratada que se especifica en la carátula de la póliza y/o certificado individual según sea aplicable, de conformidad con los términos del presente Contrato de Seguro.

En caso de que el Contratante no entregue el Certificado Individual al Asegurado, éste podrá solicitarlo directamente a la Compañía.

INGRESOS

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

Tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan otorgado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieren adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad Asegurada, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado dicha situación, podrá exigir requisitos médicos para asegurarlas, en caso de no hacerlo así, dichas personas quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratado el seguro.

BAJA DE ASEGURADOS

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

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta

la terminación del periodo de seguro en curso.

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

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

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

CANCELACIÓN DE CERTIFICADOS

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

INDEMNIZACIÓN

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a éste Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites especificados en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido los informes y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del siniestro (Evento), las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

RENOVACIÓN

La Compañía podrá renovar el contrato de seguro, mediante endosos a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

Este seguro se considerará renovado por períodos de un año, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada período el contratante no da aviso por escrito que es su voluntad no renovarlo; La Compañía efectuará la renovación de acuerdo a los planes que se encuentren en vigor y debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Los Asegurados cuya edad real en la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos en la póliza, no podrá renovar la póliza.

La prima se aplicará de acuerdo al sexo y edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas en vigor, que resulte de calcular y actualizar los parámetros conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica usando información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En este seguro no aplica Deducible o Coaseguro alguno.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor (se incluye la posibilidad de presentarse un incremento en la prima) y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al renovarse la póliza, a los Asegurados se les reconocerán sus derechos que por antigüedad han adquirido (siempre que la renovación sea sin periodos al descubierto), esto es, no se aplicarán periodos de espera ni límites de edad inferiores a los originalmente pactados, además, no se solicitarán requisitos de asegurabilidad adicionales.

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

La Compañía pagará al Beneficiario la indemnización que corresponda a la cobertura contratada, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

EDAD

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

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro de la colectividad asegurada, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada, pero el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real, por el periodo que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la prima neta pagada hasta el momento 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.

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

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

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Edad Cancelación Automática
Muerte Accidental	12	70	71
Gastos de Sepelio por Muerte Accidental	3 meses	11	Se otorga cobertura Muerte Accidental
Pérdidas Orgánicas "A" y "B"	3 meses	70	71
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	3 meses	70	71
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	3 meses	70	71
Indemnización por Invalidez Total Temporal por Accidente	18	70	71

EDAD FUERA DE LÍMITE

En caso de que la edad real de un Asegurado se encuentre fuera del límite de la edad de aceptación establecido por la Compañía, en la fecha de su ingreso a la Colectividad Asegurada, será rescindido el seguro correspondiente a dicho Asegurado, debiendo la Compañía devolver la parte de la prima neta no devengada, neta de recargo por pago fraccionado y derecho de póliza de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

El mismo tratamiento se aplicará aún cuando haya ocurrido el siniestro, en este caso, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad de pago del siniestro.

PRIMA

La prima de la colectividad deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y sumas aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

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

- En los casos de baja, se procederá de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Baja de Asegurados.

- En los casos de nuevos ingresos que se contraten posteriormente a la fecha de inicio de vigencia de este seguro, se cobrará al Contratante la prima que corresponda a estos.

PAGO DE PRIMA

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros de la colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

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

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

HONORARIOS MÉDICOS

El importe por concepto de honorarios médicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador correspondiente de Seguros Banorte.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Cuando el Contratante expresamente opte por el pago de la prima a través de "domiciliación bancaria", la Compañía realizará los cargos correspondientes a la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado, a cambio del Recibo de Pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar que impida que la Compañía realice

el cargo correspondiente.

El Contratante tiene la obligación de verificar que en sus estados de cuenta bancarios se encuentren registrados los cargos realizados por la Compañía por concepto de pago de prima del seguro contratado; en caso de no aparecer los cargos deberá llamar de inmediato al Centro de Atención de la Compañía al número telefónico 01 800 837 11 33.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

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

BENEFICIARIOS

Cada miembro de la Colectividad deberá 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 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.

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

IMPORTANTE:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

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

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos que se estipulan a continuación:

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

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

AVISO DE SINIESTRO

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

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 de exigir al reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

INDEMNIZACIÓN

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la suma asegurada que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, la indemnización que corresponda por las coberturas de Gasto de Sepelio por Muerte Accidental y cuando se tenga asegurado a un menor de edad, se pagará a quien ejerza la patria potestad o al tutor legalmente designado. Las demás coberturas contratadas se pagarán al propio Asegurado o a quien acredite tener facultades suficientes para representarlo legalmente, en caso de que éste se encuentre en un estado de incapacidad legal.

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

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación y ésta sea procedente.

PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES

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

COMUNICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio señalado en la carátula de la póliza. Es obligación del Asegurado y/o Contratante, notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento, notificación que surtirá todos sus efectos legales. “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).

MONEDA

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

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años. En todos los casos, los plazos serán contados desde 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 los Artículos 82 y 84 de la misma Ley.

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

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.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

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 su 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 (USE)
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF)
- Los Tribunales competentes

INTERÉS MORATORIO

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 ésta sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta 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 calculado de acuerdo a lo estipulado 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.
- IX. 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.
- X. 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
- XI. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

Información de Comisión

Durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por

concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Textos Normativos

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

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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

Artículo 19.- En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.
En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

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

TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas en este Contrato de Seguro se aplicarán en caso de Eventos ocurridos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. El presente Contrato de Seguro surtirá sus efectos exclusivamente dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y

sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) fecha de entrada en vigor y de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

EXPEDIENTE

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, relativa a las pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y eficientar el proceso de administración y gestión de la póliza, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

ENTREGA DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados el Certificado Individual, de la siguiente manera:

- Por escrito, cuando la Compañía no se encuentre en posibilidades

de hacer llegar a los Asegurados sus respectivos Certificados Individuales, éstos deberán manifestarlo a la Compañía por escrito o telefónicamente al número 01 800 837 1133, quien podrá optar por alguna de las siguientes opciones:

- Ponerlo a disposición del Asegurado a través del Contratante; o
- Por correo convencional o certificado al domicilio del Asegurado.
- Enviar por correo electrónico el mencionado Certificado Individual, a más tardar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes contados a partir de la fecha en la que el Asegurado se haya comunicado con la Compañía.

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y/o al Contratante los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro, en cuyo caso el Asegurado y/o el Contratante firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. Tratándose del Certificado Individual, se hará de conformidad con lo establecido en la Cláusula 3.28 anterior;
3. A través de envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
4. A través del correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante, en cuyo caso deberán proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico a la que debe enviar la documentación respectiva;

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados.

La documentación contractual le será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado. No obstante lo anterior, se le invita a que las mismas puedan ser consultadas o descargadas en cualquier momento en la página de internet www.segurosbanorte.com, también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 01 800 837 1133, mediante ellas podrá conocer entre otros aspectos las consecuencias de la rehabilitación y cancelación, la vigencia del producto, así como las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

Si el Asegurado o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 01 800 837 1133; para que a elección del Asegurado y/o del Contratante, la Compañía les haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

La Compañía en este acto renuncia al derecho de rescisión del Contrato de seguro por omisiones o inexactas declaraciones de hechos relevantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

RECLAMACIONES

El reclamante podrá optar, en caso de notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, en acudir ante un arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

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.

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.

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

PARA CONTRATANTE

Para efectos de dar cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, “El Contratante”, (Nombre o razón social del contratante), se obliga a mantener integrado un expediente de identificación de todos y cada uno de los asegurados que integran la colectividad asegurada. Dicho expediente estará en todo momento a disposición de la Aseguradora para su consulta o para que ésta lo proporcione a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cada expediente deberá contener, cuando menos lo siguiente (copia simple):

PERSONA FÍSICA

DATOS	DOCUMENTOS (copia simple)
Nombre completo Asegurado y Beneficiarios (en su caso)	Identificación oficial en vigor
Domicilio particular (Calle, número, colonia, C.P., Delegación o Municipio, Ciudad, Población y Entidad Federativa	CURP O R.F.C.
Nacionalidad	Comprobante de Domicilio
Fecha de Nacimiento	Tratándose de extranjeros, copia de pasaporte y documento que acredite su legal estancia.
Profesión u ocupación	
Actividad	
Teléfono	
CURP	

DATOS	DOCUMENTOS (copia simple)
R.F.C.	

PERSONA MORAL

DATOS	DOCUMENTOS (copia simple)
Denominación o Razón Social	Acta constitutiva con datos de Registro Público de Comercio
Domicilio particular (Calle, número, colonia, C.P., Delegación o Municipio, Ciudad, Población y Entidad Federativa)	Cédula de Identificación Fiscal
Nacionalidad	Comprobante de Domicilio
Fecha de Constitución	Testimonio notarial de poder notarial
Giro Mercantil u objeto social	Identificación oficial de apoderados o representantes
Teléfono	
R.F.C.	
Datos de apoderado o representante legal (de conformidad a lo solicitado a la persona física)	

RIESGOS CUBIERTOS
ACCIDENTES ESCOLARES
BENEFICIO

Este seguro protege a los alumnos, personal docente y administrativo, que pertenezcan a un mismo colegio o escuela. Por lo tanto, se trata de una póliza colectiva en donde el contratante es la escuela o colegio.

La protección que otorga este seguro **es exclusivamente** para la actividad escolar que desarrollen los asegurados, es decir, cualquier accidente que les ocurra desde el momento en que inicien el viaje ininterrumpido de su domicilio a la escuela por cualquier medio de transporte, excepto en motocicleta, bicicleta o motoneta, su estancia en el edificio y predio de la escuela y el viaje ininterrumpido de regreso a su domicilio. Así mismo, los asegurados están protegidos en las excursiones, eventos deportivos y otras actividades, siempre que se encuentren organizadas y supervisadas por la autoridad de la escuela.

COBERTURA BÁSICA

- Muerte accidental (para mayores a 12 años) (MA)
- Gastos de Sepelio por Muerte Accidental (para mayores de 3 meses de nacidos hasta menores de 12 años) (GSMA)

COBERTURAS OPCIONALES

Amparadas siempre que se encuentren descritas en la carátula de póliza y/o certificado

- Perdidas Orgánicas "A"(POA) ó
- Perdidas Orgánicas "B"(POB)
- Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA)
- Indemnización diaria por hospitalización a causa de un accidente (IDHA)
- Indemnización por Invalidez total temporal como consecuencia de un accidente (BITTA)
- Cobertura Dental Urgencias (Contratada con Prestador de Servicios)

EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS
1. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado viaje en motoneta, bicicleta o motocicleta.
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS**A. MUERTE ACCIDENTAL (MA)**

La Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

La presente cobertura sólo aplica para Asegurados mayores de 12 años.

B. GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL (GSMA)

La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, a quienes ejerzan la patria potestad o tutor del fallecido, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado fallece. La suma asegurada de esta cobertura en ningún caso podrá ser mayor a 60 UMAM.

La presente cobertura únicamente aplica para mayores de 3 meses hasta menores de 12 años.

Riesgos No Cubiertos para las Coberturas de Muerte Accidental y Gastos de Sepelio por Muerte Accidental.

1. **Accidentes originados por:**
 - a. **Participación del Asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
 - b. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - c. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
 - d. **Riña cuando el asegurado la haya provocado.**
 - e. **Motociclismo**
2. **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.**
3. **Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
4. **Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.**
5. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
6. **Muerte ocurrida por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol o de algún estimulante o droga, no prescritos por un médico.**
7. **Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
8. **Accidente ocurrido cuando el asegurado se encuentre con algún trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
9. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
10. **La muerte que se manifieste después de 90 días de ocurrido el accidente.**

Cancelación

Estas coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, tratándose de la Cobertura de Muerte Accidental; o de 12 años para el caso de la cobertura de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental, en este último supuesto, el Asegurado mayor de 12 años quedará amparado en la Cobertura de Muerte Accidental.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

C. PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A”(POA)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la Tabla de Indemnización “A”, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna(s) de las pérdidas orgánicas que a continuación se enlistan:

TABLA DE INDEMNIZACIÓN “A”:

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 dedo índice de cualquier mano	10%

POR LA PÉRDIDA DE:	% DE LA SUMA ASEGURADA
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%

La indemnización se efectuará al propio Asegurado cuando sea mayor de edad, en caso contrario, se pagará a quien ejerza la patria potestad o tutor del Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas en la tabla que antecede.

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

D. PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B” (POB)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la Tabla de Indemnización “B”, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna (s) de las pérdidas orgánicas que a continuación se enlistan:

TABLA DE INDEMNIZACIÓN “B”:

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 un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%

POR LA PÉRDIDA DE:	% DE LA SUMA ASEGURADA
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
Tres dedos, que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%

La indemnización se efectuará al propio Asegurado cuando sea mayor de edad, en caso contrario, se pagará a quien ejerza la patria potestad o tutor del Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas en la tabla que antecede.

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

RIESGOS NO CUBIERTOS PARA LAS COBERTURAS DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A” Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B”.

1. Accidentes originados por:
 - a. Participación del Asegurado en servicio militar, actos

- de guerra, revolución o insurrección.
- b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - c. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
 - d. Riña cuando el asegurado la haya provocado.
 - e. Motociclismo
2. 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.
 3. Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 4. Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.
 5. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 6. Lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en bajo los efectos del alcohol o de cualquier estimulante o droga, no prescritos por un médico.
 7. Lesiones como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales
 8. Accidente ocurrido cuando el asegurado se encuentre con algún trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
 9. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
 10. Cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

CANCELACIÓN

Estas coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

E. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE. (RGMA)

Si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancias o medicinas, la Compañía pagará, además de las indemnizaciones a que tuviera derecho por las coberturas estipuladas en la póliza y/o certificado individual, el costo de dichos gastos hasta la cantidad máxima asegurada, previa comprobación de los mismos.

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia, necesarios a consecuencia de accidente, serán cubiertos por la compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima asegurada en esta cobertura.

Los gastos por ambulancia o de traslado del asegurado se pagarán hasta un máximo de 5% de la suma asegurada contratada por esta cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta cobertura.

Los gastos generados y cubiertos por accidente se pagarán por periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente sin que en ningún caso excedan de la suma asegurada.

Las cirugías de rodilla o columna que sean necesarias a consecuencia de un accidente, se cubrirán vía reembolso, presentando los estudios de diagnóstico (incluyendo la resonancia magnética) y con una segunda opinión médica.

Cuando el Asegurado presente una reclamación que afecte esta cobertura, la Compañía ajustará los gastos presentados al límite máximo de suma asegurada que se tiene pactada en ésta. Los gastos reembolsables se sumarán y al total se le restará la cantidad que por concepto de deducible se establece en la póliza y/o certificado individual, cuando así proceda.

En caso de que los gastos sean menores o iguales al monto del deducible citado, la Compañía no tendrá obligación alguna respecto a esta cobertura.

La indemnización se efectuará al propio Asegurado cuando sea mayor de edad, en caso de que el accidente haya generado una incapacidad legal al Asegurado, la suma asegurada para esta cobertura se pagará al tutor designado. En el caso de los menores de edad, la indemnización se hará a las personas que ejercen la patria potestad o o tutor del Asegurado.

Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a. Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible.
- b. Informe Médico: Este documento será llenado por el (los) médico(s) que hayan intervenido para el diagnóstico o tratamiento del accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.
En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto informe médico como informe del reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensable para el nuevo análisis de dicho complemento.
- c. Carta Escolar debidamente sellada y firmada por la Dirección de la Institución Educativa o su representante legal.
- d. Credencial Escolar (en caso de contar con ella)
- e. Comprobante de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.

Los recibos por honorarios profesionales de médicos y enfermeras deberán ser expedidos en papel membreteado y de su propiedad, debiendo reunir los siguientes datos:

- Cédula Profesional
- Registro de Salubridad
- Registro Federal de Contribuyentes
- Folio

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier semejante donde no se exigen remuneración, salvo lo mencionado en el apartado de las cláusulas adicionales.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el sanatorio u hospital, así como la comprobación de los gastos realizados.

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

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Los gastos de hospitalización a terceros.
2. Cualquier tratamiento relacionado con una Enfermedad
3. Cualquier tratamiento relacionado con un padecimiento preexistente a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al Asegurado.
4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
5. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes.
7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up).
8. Accidentes originados por:
 - a. Participación del Asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - c. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
 - d. Riña cuando el asegurado la haya provocado.
 - e. Motociclismo.
9. 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.

10. **Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
11. **Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.**
12. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
13. **Lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en bajo los efectos del alcohol o de cualquier estimulante o droga, no prescritos por un médico.**
14. **Lesiones como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
15. **Accidente ocurrido cuando el asegurado se encuentre con algún trastorno de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
16. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**

CANCELACIÓN

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

F. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE (IDHA)

La compañía pagará al Asegurado la cantidad especificada para esta cobertura como indemnización diaria por hospitalización, por cada día que el asegurado requiera permanecer internado en una institución hospitalaria por prescripción de un médico a consecuencia de accidente cubierto.

Este beneficio aplica para cada accidente cubierto para un periodo mínimo de hospitalización de 24 horas y con un periodo máximo de cobertura de 180 días.

En caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente,

cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de computar el periodo máximo del beneficio.

La indemnización se efectuará al propio Asegurado cuando sea mayor de edad, en caso de que el accidente haya generado una incapacidad legal al Asegurado, la suma asegurada para esta cobertura se pagará al tutor designado. En el caso de los menores de edad, la indemnización se hará a las personas que ejercen la patria potestad o tutor del Asegurado.

Las indemnizaciones establecidas para este beneficio se otorgarán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico y a consecuencia de un accidente cubierto.

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

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidente cubierto.**
2. **Cualquier tratamiento relacionado con una Enfermedad**
3. **Cualquier tratamiento relacionado con un padecimiento preexistente a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al Asegurado.**
4. **Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
5. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.**
6. **Accidentes originados por:**
 - a. **Participación del Asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
 - b. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - c. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**

- d. **Riña cuando el asegurado la haya provocado.**
- e. **Motociclismo.**
- 7. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
- 8. **Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- 9. **Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.**
- 10. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 11. **Lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en bajo los efectos del alcohol o de cualquier estimulante o droga, no prescritos por un médico.**
- 12. **Lesiones como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- 13. **Accidente ocurrido cuando el asegurado se encuentre con algún trastorno de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 14. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**

CANCELACIÓN

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

G. INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (BITTA)

Esta cobertura solo aplicará al personal docente y administrativo del Contratante.

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total Temporal como consecuencia de un Accidente ocurrido, de acuerdo a lo descrito en el apartado de Definiciones de este contrato, durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada para este beneficio, este pago estará limitado a un solo pago por evento por año.

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

CANCELACIÓN

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

RIESGOS NO CUBIERTOS

No se cubre Indemnización por Invalidez cuando esta se derive de:

1. **Accidentes originados por:**
 - a. **Participación del Asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
 - b. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - c. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- d. **Riña cuando el asegurado la haya provocado.**
- e. **Motociclismo**
2. **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.**
3. **Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas**

- en estado de enajenación mental.**
- 4. Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.**
 - 5. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 - 6. Lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en bajo los efectos del alcohol o de cualquier estimulante o droga, no prescritos por un médico.**
 - 7. Lesiones como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
 - 8. Accidente ocurrido cuando el asegurado se encuentre con algún trastorno de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
 - 9. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
 - 10. Cualquier pérdida orgánica que se manifieste después de 90 días de ocurrido el accidente.**
 - 11. Cuando el estado de invalidez se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

Las bases que la Compañía empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de invalidez total temporal a consecuencia de un accidente son las siguientes:

- Documentos que comprueben el estado de invalidez total temporal a consecuencia de un accidente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales.

H. COBERTURA DENTAL DE URGENCIAS

La Compañía, a través del Prestador de Servicios Dentales (EL PRESTADOR) que se establece en la póliza y/o certificado y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar a los asegurados la cobertura Dental de Urgencias y/o servicios derivados de la misma, siempre y cuando aparezca incluida en la póliza y certificado correspondiente.

La Compañía entregará, junto con el certificado, la descripción de la cobertura, donde se informe al asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios Dentales, así como los deducibles, copagos, en caso de que procedan y los beneficios, límites y exclusiones de acuerdo al plan contratado.

Los Gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una Urgencia dental de acuerdo a lo establecido en la descripción de la cobertura.

La Compañía es la única responsable frente al Asegurado por los servicios que otorgue EL PRESTADOR con motivo de esta cobertura.

Para hacer uso de los servicios el asegurado deberá comunicarse al (CAT - 01 800 201 6764) Centro de Atención Telefónica de La Compañía y al momento de la atención será necesario presentar carta de la Escuela y/o credencial vigente de la escuela, acompañada de una identificación oficial con fotografía (del padre o tutor o asegurado mayor de edad).

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al cliente y que será una guía para el uso de esta cobertura.

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.

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: **SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE** con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.

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 febrero 2017** con el número **CNSF-S0001-0744-2016/CONDUSEF-000938-02**.