

Seguro de Accidentes Personales Protege a quien más quieres

Llama a la Línea Preferente sin costo desde cualquier parte de la República al **0181.8156.4444**, visita cualquiera de nuestras sucursales o entra a banorte.com/bancapreferente y **asegura tu tranquilidad.**

El Seguro de Accidentes Personales es operado por Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte. Consulta términos, condiciones, aviso de privacidad y requisitos de contratación en banorte.com/bancapreferente



CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES	5
2. CLÁUSULAS GENERALES	8
3. RIESGOS CUBIERTOS Y DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	21
3.1 MUERTE ACCIDENTAL (MA)	21
3.2 GASTOS FUNERARIOS	22
3.3 RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (MA) Y GASTOS FUNERARIOS	22
3.4 PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO)	23
3.5 RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO):	25
3.6 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)	26
3.7 RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA):	27
3.8 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	28
3.9 RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	30
4.0 PAQUETE DE ASISTENCIA	31
EXCLUSIONES	32

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PREFERENTE
CONDICIONES GENERALES**

PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato de seguro **de accidentes personales**, únicamente la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

1. DEFINICIONES

1. **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES:** El seguro de Accidentes Personales tiene por objeto la prestación de indemnizaciones en caso de accidentes que provoquen la muerte, incapacidad del asegurado o bien algún otro gasto por atención médica o funeraria de acuerdo a las coberturas amparadas en la misma.
2. **COMPAÑÍA:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.
3. **CONTRATANTE:** Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí, que se encuentra amparada por las coberturas que se indica en la carátula de la póliza y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
4. **ASEGURADO:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.
5. **BENEFICIARIO:** Persona(s) designada(s) en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
6. **DEDUCIBLE:** Es el número de días que deberán de transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista la hospitalización. El deducible equivale a tres días naturales.

7. **ENDOSO:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato de seguro y forma parte de éste.
8. **ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Se consideran padecimientos enfermedades preexistentes cuando se cuente con las pruebas o elementos que se señalan a continuación:
- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
 - Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado los documentos originales del resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación o cualquier otro relacionado con el siniestro.
 - Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate que se reclame.

Si el asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, antes de la celebración del contrato, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades Preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

9. **HOSPITALIZACIÓN:** La Hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio; bajo prescripción médica, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.
10. **HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO:** Institución legalmente autorizada por las Instituciones de Salud competentes, para la

atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que da servicio las 24 horas del día.

No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de personas mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales.

11. **ACCIDENTE:** Se considerará accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del mismo. **No se considerará como accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado o a petición de este.**

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un sólo evento.

Son materia de esta póliza los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, que ocurran desde el inicio y durante la vigencia de la póliza, siempre que la atención médica y los primeros gastos comprobables se realicen dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del evento y que no se encuentren consignados en la cláusula de Exclusiones de estas Condiciones Generales.

12. **PÉRDIDA ORGÁNICA:** Por pérdida de un pie o de una mano, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

Por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista o los ojos, por un único accidente.

Por pérdida de dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de dos falanges completas cuando menos de ese dedo o la pérdida total de su funcionamiento.

13. **MÉDICO:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser: médico general o médico especialista.

- 14. DEPORTISTA PROFESIONAL:** Persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual recibe un pago económico o un patrocinio en especie o ambas.
- 15. DEPORTISTA AMATEUR:** Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas. Incluyendo pruebas de velocidad resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.
- 16.**
- 17. DEPORTISTA OCASIONAL:** Persona que sin fines de lucro, sin atender reglas ni tener protección o equipamiento especial realiza una actividad física en conjunto que le puede ocasionar lesiones.

2. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO DE SEGURO

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado Titular proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, los endosos que llevan anexos, y el registro de Asegurados, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.

COMPETENCIA

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

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en 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 (UNE)
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF)

Los Tribunales competentes.

INDISPUTABILIDAD

La cobertura contratada será indisputable después de haber transcurrido dos años ininterrumpidos a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Asegurado al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

OMISIÓN O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deban conocer en el momento de la celebración de Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultarán a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía comunicará en forma auténtica al Contratante y/o Asegurado, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

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 referido en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por

mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos

o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro. La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de aceptación establecidos por la Compañía, se aplicará la siguiente regla:

Si ocurriera un siniestro que afectará la cobertura contratada y la edad declarada no correspondiera a la edad real del Asegurado, se procederá al pago de la suma asegurada estipulada en dicha cobertura, lo anterior se debe a que la prima de tarifa es la misma para todas las edades.

EDAD FUERA DE LÍMITE

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

Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
18 años	69 años

Para la cobertura de Invalidez total y permanente por accidente, la edad máxima de aceptación será de 64 años.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

VIGENCIA

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

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 del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 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 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

RENOVACIÓN

El Asegurado tendrá derecho a renovar la cobertura contratada por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda de los 69 años en la fecha de renovación. El derecho a este beneficio cesa en sus efectos en caso de que no se pague la prima del recibo correspondiente dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de su vencimiento.

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

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor (**cabe la posibilidad de que se presente un incremento en la tarifa**) misma que será 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. El servicio de red médica y hospitalaria que se otorgará en cada renovación será igual o similar en calidad, servicio y ubicación con la originalmente contratada.

Si el asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del Contrato de Seguro hubiesen cesado por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado ajustándose a lo siguiente:

- Si la rehabilitación es solicitada en un período no mayor a 15 días contados a partir de la fecha de cancelación, el Contratante deberá solicitar dicha rehabilitación por escrito, acompañada de una carta de NO SINIESTRALIDAD y del pago correspondiente de la prima omitida.
- Si la rehabilitación es solicitada en un período mayor a 15 días contados a partir de la fecha de cancelación, esta NO se llevará a cabo, no obstante, el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva póliza.

MODIFICACIONES

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.

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

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

NOTIFICACIONES

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

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

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

ENTREGA DE PÓLIZA

La póliza y las condiciones generales y/o endosos que amparan este seguro serán enviados al Contratante, a la dirección que haya proporcionado para estos efectos en un plazo no mayor a 30 días naturales contados desde su contratación, o en su caso, serán enviados al correo electrónico proporcionado previamente, en un plazo no mayor de 7 días naturales, cuando así lo haya solicitado el contratante.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no hayan recibido la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior, podrá solicitarla en las sucursales bancarias o solicitarlas a la Unidad Especializada de la Compañía al teléfono 01800 627 2292. Sin que ello obste, para que las Condiciones Generales puedan ser consultadas y descargadas en la página Web de la Compañía (www.segurosbanorte.com.mx).

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas.

INDEMNIZACIÓN

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda por la cobertura de muerte accidental y gastos funerarios. Las indemnizaciones que correspondan por las coberturas de indemnización diaria por hospitalización, pérdidas orgánicas y pago de suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente, se pagará directamente al Asegurado, siempre y cuando se encuentre con vida, en caso contrario se pagará a los beneficiarios designados.

En el supuesto en que la invalidez total y permanente le genere una incapacidad legal, el pago se hará al tutor designado en el juicio de interdicción correspondiente.

La Compañía pagará a la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación, deduciendo de la suma asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final de la póliza.

De conformidad con el art. 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a compensar de la suma asegurada la prima correspondiente del año póliza en que ocurrió el siniestro.

PRUEBAS

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

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

AVISO DE SINIESTRO

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

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

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

BENEFICIARIOS

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, por lo que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otras; por ejemplo “a los hijos menores del Asegurado”.

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

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

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

Si habiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, 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.

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 el contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

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.

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último periodo pagado. De esta manera la Compañía no

devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el periodo ya pagado. La fecha de vencimiento del último periodo pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

PRIMAS

PAGO DE PRIMAS

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la prima.

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

PERÍODO DE GRACIA

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

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro el monto de la prima correspondiente a dicho periodo.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro termina sin responsabilidad posterior para la Compañía, con la liquidación del beneficio procedente o por la expiración de la vigencia del seguro, si en este último caso no se renueva en los términos de la cláusula respectiva.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, sin necesidad de notificación, si el Contratante y/o Asegurado no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en la cláusula de Periodo de Gracia.

En caso de que alguno de los Asegurados, que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, La Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Omisión o Inexactas Declaraciones de éstas condiciones.

En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima (69 años) de aceptación de este producto.

El contrato podrá ser cancelado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado, de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Cancelación Anticipada del Contrato, contenida en estas condiciones.

VALORES GARANTIZADOS

Este Contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

3. RIESGOS CUBIERTOS Y DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

3.1 MUERTE ACCIDENTAL (MA)

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

3.2 GASTOS FUNERARIOS

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

3.3 Riesgos no cubiertos por la cobertura de Muerte Accidental (MA) y Gastos Funerarios:

Se excluye la muerte que a causa de:

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participen directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica amateur, ocasional deportiva de: paracaidismo, buceo, box, lucha libre, cacería, espeleología, rapel, artes marciales, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas,**

excepto si fueron prescritos por un médico.

5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
8. **Accidentes que ocurren al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas tóxico de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**
13. **Enfermedad corporal o mental.**
14. **Lesiones accidentales ya existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.**

3.4 PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO)

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

Por la pérdida de:	% Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
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 correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

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

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

- I. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
- II. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

3.5 Riesgos no cubiertos por la cobertura de Pérdidas Orgánicas (PO):

No se pagarán pérdidas orgánicas que sea a consecuencia de:

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participen directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica amateur, ocasional deportiva de: paracaidismo, buceo, box, lucha libre, cacería, espeleología, rapel, artes marciales, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones,**

- insurrecciones o alborotos populares.**
- 6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
 - 7. Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
 - 8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
 - 9. Envenenamiento o inhalación de gas tóxico de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 - 10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
 - 11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
 - 12. La o las pérdidas orgánicas que se den 90 días después de ocurrido el accidente.**
 - 13. Enfermedad corporal o mental.**
 - 14. Lesiones accidentales ya existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.**

1.6 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de ésta, el Asegurado es internado en una clínica, hospital o sanatorio, la Compañía le pagará al Asegurado, el monto que se calcule al multiplicar el número de días que en exceso del deducible (3 días) el Asegurado haya sido hospitalizado por la suma asegurada diaria estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Este beneficio aplica para cada accidente cubierto para un periodo mínimo de hospitalización de 4 días y con un periodo máximo de cobertura (beneficio) de 180 días.

Si el Asegurado incurre en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, separadas por intervalos menores o iguales a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

- I. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
- II. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

3.7 Riesgos no cubiertos por la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA):

No se cubrirá la hospitalización a causa de:

- 1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participen directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica amateur, ocasional deportiva de: paracaidismo, buceo, box, lucha libre, cacería, espeleología, rapel, artes marciales, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
- 3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 4. Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- 5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones,**

- insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
 7. **Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
 8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
 9. **Envenenamiento o inhalación de gas tóxico de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
 11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
 12. **Enfermedad corporal o mental.**
 13. **Lesiones accidentales ya existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.**
 14. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.**
 15. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.**
 16. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.**

3.8 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente que se presente durante la vigencia del beneficio

contratado y que le impida al Asegurado el desempeño de todas las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente, dictaminado por los servicios de salud al que pertenezca o cuando no los tenga, a través de un médico especializado en el padecimiento o accidente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual. Además se considerarán como invalidez total y permanente:

- La pérdida completa y definitiva de la función de la vista en ambos ojos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambas manos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambos pies.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y un pie.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y la vista de un ojo.
- La amputación o anquilosis total y permanente de un pie y la vista de un ojo.

En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

Este beneficio está condicionado a que el Asegurado reciba antes y al momento de decretarse la invalidez total y permanente, ingresos permanentes por un trabajo remunerado y que no rebase los límites de edad establecidos en la póliza. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

La naturaleza del beneficio de Invalidez Total y Permanente, consistirá en proteger los ingresos que normalmente y por producto de su trabajo percibe el Asegurado, en caso de que estos se reduzcan o dejen de percibirse. Por lo anterior este beneficio no opera si el Asegurado no tiene un decremento en sus ingresos o deja de percibirlos.

Cuando el accidente que provoque el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que

ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

- I. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
- II. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

3.9 Riesgos no cubiertos por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

No se cubrirá la invalidez a causa de:

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participen directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica amateur, ocasional deportiva de: paracaidismo, buceo, box, lucha libre, cacería, espeleología, rapel, artes marciales, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.
3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
4. Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.

6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
7. Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.
9. Envenenamiento o inhalación de gas tóxico de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
12. La invalidez que se manifieste 180 días después de ocurrido el accidente.
13. Enfermedad corporal o mental.
14. Lesiones accidentales ya existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.

4.0 PAQUETE DE ASISTENCIA

La Compañía a través del Prestador de Servicios que se establece en la Carátula de la póliza y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en la póliza.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la asistencia(s) donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios así como, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Los gastos derivados por este beneficio serán exclusivamente los relacionados con los servicios asistenciales cubiertos por el Prestador que se tenga contratado al momento de la reclamación.

La compañía de seguros es la responsable de las asistencias y el servicio que proporcione el prestador de servicios.

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado 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

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 **28 de octubre de 2015**, con el número **CNSF-S0001-0401-2015/CONDUSEF-000718-02** y el día **21 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0213-2016** y el día **01 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.