

GMM
Enfermedades
Graves Banorte



CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES BANORTE
GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------|---|
| a) Objeto del seguro..... | 2 |
| b) Definiciones..... | 2 |
| c) Cobertura básica..... | 3 |
| d) Coberturas opcionales..... | 5 |
| e) Exclusiones generales..... | 5 |
| f) Generalidades..... | 9 |

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES
INDIVIDUAL
“SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES BANORTE”

I. OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS BANORTE, denominada en adelante como “SEGUROS BANORTE” o “La Compañía”, pagará la Suma Asegurada contratada cuando se diagnostique, dentro de la vigencia de la póliza, por primera vez al asegurado una de las enfermedades graves cubiertas, siempre que cumpla con las condiciones estipuladas en este contrato y de acuerdo al monto pactado en la carátula de póliza.

II. DEFINICIONES

1. **Contratante:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro, para el asegurado.
2. **Asegurado:** Persona que cumple con los requisitos de elegibilidad, establecidos en la póliza.
3. **Contrato de seguro:** Las declaraciones del contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, la póliza, las condiciones generales, los endosos que llevan anexos, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.
4. **Hospital:** Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
5. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser: médico general o médico especialista.
6. **Perito Médico:** Médico asignado por la Compañía que emite un juicio relacionado con una enfermedad o accidente.
7. **Periodo de Espera:** Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de la póliza, para que las coberturas contratadas puedan ser reclamadas. Se establece un periodo de espera de noventa (90) días. Este periodo no tendrá efecto cuando la póliza se renueve ininterrumpidamente.
8. **Periodo de Supervivencia:** Tiempo en el cual deberá sobrevivir el asegurado después que se le diagnostique por primera vez una enfermedad grave cubierta, para que tenga derecho a la indemnización. Se establece un periodo de supervivencia de siete (7) días.
9. **Enfermedad:** Conjunto de alteraciones morfológico estructurales y/o funcionales de un organismo. No se considerará como enfermedad las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

10. **Enfermedad Grave:** Para efectos de este contrato se considerarán enfermedades graves únicamente las siguientes:

- a. Infarto al miocardio
- b. Accidente cerebro vascular
- c. Insuficiencia renal crónica
- d. Cáncer
- e. Transplante de órganos

11. **Accidente Cubierto:** 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 o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

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

12. **Hospitalización:** Toda estancia continua en el hospital mayor a 24 horas

13. **Enfermedad Congénita:** Es aquella que está presente al momento del nacimiento o que se contrae en el seno del útero materno.

14. **Signo:** Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una explicación médica.

15. **Síntoma:** Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).

16. **Diagnóstico:** Dictamen elaborado por un médico donde identifica un padecimiento o condición del mismo por sus síntomas, signos, apoyándose en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

17. **Deducible:** Cantidad establecida en la póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente.

18. **Suma Asegurada:** Es el monto que se pagará al asegurado de acuerdo a las características de cada cobertura contratada y está establecida en la carátula de la póliza.

19. **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.

III. COBERTURA BÁSICA

1. INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, si durante la vigencia de la póliza al Asegurado se le diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades Graves

cubiertas y el Asegurado ha cumplido con el periodo de espera y el periodo de supervivencia estipulados en el rubro de Definiciones de este documento.

La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

INFARTO AL MIOCARDIO: La muerte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una obstrucción parcial o total de las arterias coronarias.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Cardiología, además de estar recibiendo tratamiento intrahospitalario y se presenten estudios de laboratorio y gabinete (Electrocardiograma, Ecocardiograma, Creatina quinasa (CK o CPK), Mioglobina, Troponina cardioespecífica "I" y "T", etc.), que confirmen el diagnóstico

No se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: Una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, que produzca secuelas neurológicas permanentes, secundaria a hemorragia, embolismo (intra o extracraneal) o infarto cerebral.

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

Se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.

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

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

CÁNCER: Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.

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

Se excluye cualquier cáncer de piel, excepto el Melanoma Maligno.

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

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

Se excluye cualquier Trasplante de órganos no descritos en el párrafo que antecede, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.

IV. COBERTURAS OPCIONALES

1. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si como consecuencia directa de un Accidente o Enfermedad Grave cubierta por la póliza y ocurrido o diagnosticada durante la vigencia de ésta y posterior al periodo de espera señalado en la cláusula de Definiciones, el Asegurado es hospitalizado en una Clínica, Hospital o Sanatorio, la Compañía le pagará **a partir del cuarto día de hospitalización** el monto establecido en al carátula de póliza con base en los días que permanezca hospitalizado.

Las obligaciones a cargo de la Compañía comienzan una vez transcurridos los tres días de deducible, siempre que el Asegurado permanezca ininterrumpidamente en la Clínica, hospital o Sanatorio y continúe ahí hasta ser dado de alta o hasta que el Asegurado cumpla **180** días naturales de permanencia en la Clínica, Hospital o Sanatorio, límite máximo de la cobertura.

Si el Asegurado incurre en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente o enfermedad cubiertos, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar los 180 días naturales de permanencia.

2. TERAPIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado, que a juicio de su médico especialista y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un psicólogo o psiquiatra, requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico a consecuencia de:

- a) Habérsele diagnosticado alguna de las Enfermedades Graves cubiertas: Infarto al Miocardio, Accidente vascular cerebral, Insuficiencia renal Crónica, Cáncer, se le realice un Transplante de Órganos.

- b) Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia del seguro, cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro o violación.

En esta cobertura se reembolsan los honorarios del psicólogo o psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año, además de los medicamentos recetados por el psicólogo o psiquiatra para el tratamiento terapéutico, de acuerdo a la dosis establecida por el mismo.

Para esta cobertura se excluyen:

- Los psiquiatras que no cuenten con acreditación de la especialidad de psiquiatría, que no cuenten con la cédula profesional y que no cuenten con la acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.
- Los psicólogos que no cuente con la cédula profesional correspondiente y que no cuenten con la acreditación vigente de la Sociedad Mexicana de Psicología.

V. EXCLUSIONES GENERALES

1. No se cubrirán los siniestros ocurridos a consecuencia de:

- a) **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:**

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

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) **Enfermedades que no sean las descritas en enfermedades cubiertas de acuerdo a su definición.**

- c) Enfermedades congénitas y prematurez.**
- d) Presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**
- e) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus.**
- f) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de tratamientos médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa.**
- g) Reducción mamaria, cualquiera que sea su causa.**
- h) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de someterse a tratamientos médico quirúrgico de calvicie, obesidad, esterilidad, natalidad, inseminación artificial y reducción de peso.**
- i) Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.**
- j) Biopsias.**
- k) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.**
- l) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, demencia presenil, senil o precoz, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Salvo tratamientos por las causas mencionadas si se contara con la cobertura opcional Terapia psicológica o psiquiátrica.**
- m) Enfermedades desarrolladas por accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**
- n) Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, o enfermedades desarrolladas a consecuencia de accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).**

- o) Enfermedades que resulten de tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía y estrabismo. Tampoco se cubre queratotomía radiada, queratomileusis ni epiqueratofaquía.**
- p) Enfermedades desarrolladas a consecuencia de tratamientos de control y vigilancia prenatal.**
- q) Enfermedades que desarrolle como consecuencia de practicarse curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocido como Check-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.**
- r) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas, quiroprácticos, homeópatas, y vegetarianos, así como el tratamiento médico o quirúrgico basándose en hipnotismo, quelaciones y ozonoterapia o cualquier otro tipo de medicina que no sea la alopática.**
- s) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- t) Lesión o enfermedad que se originen a consecuencia de actos terroristas, siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas o actos de guerra (declarada o no).**
- u) Tratamientos dentales (excepto cuando son a consecuencia de un accidente), alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza u origen.**
- v) Afecciones propias del embarazo, así como el legrado uterino cualquiera que sea su causa.**
- w) No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).**
- x) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir hallus valgus (juanetes).**
- y) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.**

- z) **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extra.**
- 2. Enfermedades que se originen por participar en:**
- a) **Servicio militar de cualquier clase, actos de guerra (declarada o no), rebelión, insurrección o revolución, actos de terrorismo siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas.**
 - b) **Lesiones recibidas al participar en riñas o alborotos populares cuando el asegurado sea el provocador.**
 - c) **Inhalación de gases o humo, salvo que sea a consecuencia de un accidente.**
 - d) **Radiaciones atómicas, contaminación química o contaminación bacteriológica.**
 - e) **Envenenamientos de cualquier naturaleza, salvo que sea a consecuencia de un accidente.**
 - f) **Actos delictivos intencionales que resulten de la participación directa del Asegurado.**
 - g) **Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
 - h) **Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
 - i) **Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero.**
 - j) **Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.**

VI. GENERALIDADES

VIGENCIA

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado, que aparece en la carátula de la póliza.

ENTREGA DE LA PÓLIZA

El Contratante o Asegurado recibirá su póliza en el domicilio o correo electrónico que proporcionó a la Compañía.

En caso de que el Contratante o Asegurado no reciba la póliza por los medios descritos en el párrafo anterior, en un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, el asegurado podrá solicitarla al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número telefónico 01 800 500 2500 o acudir a alguna de las oficinas de la Compañía.

RENOVACIÓN

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.

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 de edad establecidos en la póliza, no podrán renovar la póliza.

En los casos en que la renovación no se lleve a cabo por causas ajenas completamente a la voluntad del asegurado por incapacidad grave, ésta deberá comprobarse fehacientemente a la Compañía y por cuenta del reclamante.

Para efectos del presente seguro incapacidad grave será cuando la persona por causa de una enfermedad reversible o irreversible no pueda gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad por sí misma y que carezca de representante legal. En estos casos la obligación de la Compañía únicamente será hasta el límite de la suma asegurada.

Una vez que el asegurado salga del estado de incapacidad grave, deberá cubrir a la Compañía dentro de los 30 días siguientes la prima de seguro correspondiente.

La prima se aplicará de acuerdo a la tarifa que se encuentre en vigor, y será la 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, **existiendo la posibilidad de incrementar el monto de la prima.**

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.

OCUPACIÓN

Inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados, el Contratante deberá avisarlo por escrito a la Compañía para que ésta proceda a realizar los ajustes de prima necesarios. De no dar aviso y si dicha agravación influyó en la realización del siniestro la suma asegurada se reducirá proporcionalmente al costo del nuevo riesgo.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

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

REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula que antecede, el Asegurado podrá dentro de los treinta días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en la cláusula de espera y cesación de efectos, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. La Compañía devolverá a prorrata en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia de seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas del día de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. Será necesario contestar el Cuestionario de Rehabilitación dentro de los primeros treinta días del período para que surta efecto dicha rehabilitación.

Lo anterior en el entendido que bajo ninguna circunstancia, la Compañía responderá de enfermedades o accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

PRIMA

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza, la edad y el sexo del Asegurado. La prima cubre un período de doce meses.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa en vigor a esa fecha y los recargos que determine la Compañía.

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada por las partes al momento de celebrarse el contrato. La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la Compañía contra entrega de recibo correspondiente.

DEVOLUCION DE PRIMA EN CASO DE BAJA DE ASEGURADOS, DISMINUCIÓN DE BENEFICIOS O CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

El Contratante y/o Asegurado Titular deberá reportar por escrito los movimientos de baja de Asegurados, disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de baja de asegurados, de disminución de beneficios o cancelación anticipada de la póliza, la Compañía devolverá el 70% de la prima neta no devengada, sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicite el movimiento.

EDAD

- a) La Compañía aceptará a personas con edad de 18 años hasta 59 años. La edad máxima para renovar es de 64 años.
- b) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Empresa no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al momento de la celebración del mismo esté fuera de los límites de aceptación fijados por la Compañía, en cuyo caso devolverá al Asegurado la reserva matemática de su seguro, existente en la fecha de rescisión.
- c) Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
 - i. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagara una prima menor de la que correspondiera a la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
 - ii. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviera pagando una prima más alta que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiera pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

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.

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)

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

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 o dependiente, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía reconozca la omisión o inexacta declaración.

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.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, en los términos de la Ley Monetaria en la fecha en que se efectúen los mismos.

En caso que se contrate la cobertura en el extranjero, los gastos efectuados que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de erogación de los gastos.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley: “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 empresa 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”.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por las causas estipuladas en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

SINIESTROS

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado. El retraso del aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que el retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes que sustenten la reclamación.

Reclamación de Enfermedad Grave

Para el trámite de indemnización por Enfermedad Grave es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a) Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- b) Identificación Oficial (pasaporte, cartilla, IFE, Cédula Profesional).
- c) Diagnóstico emitido por el médico especialista de la enfermedad que se reclama así como, los estudios, pruebas de laboratorio, radiografías que corroboren el diagnóstico.

Reclamación de Indemnización Diaria por Hospitalización

Para el trámite de Indemnización Diaria por Hospitalización es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a) Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- b) Identificación Oficial (pasaporte, cartilla, IFE, Cédula Profesional).
- c) Si es hospital privado presentar, copia de la factura del hospital donde se atendió y desglose de gastos donde se indique el número de días hospitalizado, acompañado del comprobante de ingreso y egreso del hospital.
- d) Si se hospitalizó en una institución pública presentar, formato ST3 del IMSS o similar de cualquier otra institución acompañada del comprobante de ingreso y egreso del hospital, donde se indique el número de días hospitalizado.

Reclamación de Terapia Psicológica o Psiquiátrica

Para el trámite de indemnización por Terapia Psicológica o Psiquiátrica es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a) Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- b) Identificación Oficial (pasaporte, cartilla, IFE, Cédula Profesional).
- c) Informe Médico del psiquiatra o psicólogo que da las terapias al Asegurado.
- d) En caso de que las terapias se requieran haber sufrido alguno de los siguientes eventos, por violación, secuestro o asalto, presentar acta del ministerio público.
- e) En el caso de reclamar reembolso de gastos por medicamentos, presentar las recetas médicas expedidas por el psicólogo o psiquiatra de manera adicional a la información señalada en los puntos antes descritos.
- f) En el caso de que se derive del diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas por este seguro, presentar además la documentación solicitada para esa cobertura.

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

Los Asegurados autorizan a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera SEGUROS BANORTE, referente a su salud o enfermedades anteriores.

Asimismo, autorizan a las Compañías de Seguros a las que previamente han solicitado pólizas para que proporcionen a SEGUROS BANORTE, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la solicitud y que a su vez SEGUROS BANORTE, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de la solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por lo Asegurados.

No obstante lo anterior, La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

PAGO DE INDEMNIZACIÓN

- a) Las indemnizaciones que resulten conforme a este párrafo, serán liquidadas en el curso de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- b) Todas las indemnizaciones cubiertas por la compañía serán liquidadas a cada Asegurado o a través de su apoderado, quien deberá presentar Carta Poder con identificación oficial de él y del asegurado, en las oficinas de la Compañía con la presentación de Carta poder.
- c) Cuando el Asegurado fallezca antes de cobrar la indemnización esta se pagará a la sucesión del Asegurado como legalmente está establecido.
- d) Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.
- e) Tiempo de Indemnización: Se cubrirán los gastos hasta agotar la suma asegurada, siempre que la enfermedad o accidente ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

En el caso de que el Asegurado cancele el seguro, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o **3** días naturales posteriores a la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

Para efectos de este contrato, se entiende por cancelación, cuando el Asegurado y/o Contratante externan su voluntad, en cualquier momento, a la Aseguradora de dar por terminado anticipadamente este contrato de seguro.

- f) En caso de que el Asegurado decida no renovar su póliza, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, de acuerdo al inciso e).
- g) El pago del impuesto al valor agregado será cubierto por la Compañía siempre y cuando los recibos se expidan a nombre de ésta. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Asegurado.

- h) La Compañía sólo pagará los honorarios de psiquiatras que cuenten con acreditación de la especialidad de psiquiatría, que cuenten con la cédula profesional y que cuenten con la acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría, los honorarios de psicólogos que cuente con la cédula profesional correspondiente y que cuenten con la acreditación vigente de la Sociedad Mexicana de Psicología, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la atención, tratamiento, curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el resumen clínico con la nota y firma respectiva.

INTERÉS MORATORIO

En caso de que SEGUROS BANORTE, no obstante haber recibido los documento e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, 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, pagará al Asegurado o Beneficiario el interés que se establece en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, computado ésta a partir del día en que haga exigible dicha obligación.

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las

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

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de 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.

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.

INFORME DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN

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

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.

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.mx

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 asesoría@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 **07 de mayo de 2010**, con el número **CNSF-S0001-0291-2010/CONDUSEF-000699-02**, al **05 de febrero 2016** con el número **MODI-S0001-0011-2016**, al **21 de Junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0127-2016**.

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

01 800 500 2500

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

