

GMM
Enfermedades Graves
Mujer Banorte



CONDICIONES GENERALES
SEGUROS DE ENFERMEDADES GRAVES MUJER
BANORTE

Índice

Definiciones.....	3
Cobertura Básica.....	4
Coberturas Opcionales.....	4
Exclusiones Generales.....	5
Generalidades.....	9

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

I. OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS BANORTE, denominada en adelante como “BANORTE” o “La Compañía”, pagará la Suma Asegurada contratada cuando se diagnostique por primera vez, dentro de la vigencia de la póliza, a la asegurada alguna de las enfermedades graves amparadas y descritas en este contrato y que se cumplan las condiciones estipuladas en este documento, de acuerdo a los montos pactados en la carátula de póliza.

II. DEFINICIONES

1. **Contratante:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro, para los miembros de la colectividad.
2. **Colectividad Asegurable:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
3. **Asegurada:** Persona que cumple con los requisitos de elegibilidad, establecidos en la póliza y que ha sido dada de alta por el Contratante en este seguro.
4. **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, los certificados y consentimientos, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.
5. **Hospital:** Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
6. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser: médico general o médico especialista.
7. **Perito Médico:** Médico asignado por la Compañía que emite un juicio relacionado con una enfermedad o accidente.
8. **Periodo de Espera:** Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir de la fecha inicio de vigencia de la póliza y/o fecha de alta de la asegurada en la póliza o a partir de su rehabilitación, para que las coberturas contratadas puedan ser reclamadas.
 - a. **Enfermedades Graves:** Quedarán cubiertas bajo esta póliza las enfermedades graves que se manifiesten cuando menos treinta días después del inicio de vigencia, rehabilitación o alta de una Asegurada a la póliza y que no se encuentren consignadas en la cláusula de Exclusiones.

- b. **Ayuda para Parto Normal:** Esta cobertura procederá siempre y cuando la asegurada se haya dado de alta en la póliza con al menos 10 meses continuos anteriores a la fecha del parto y de conformidad con las condiciones aplicables a dicha cobertura.

Estos periodos no tendrán efecto cuando la póliza y/o el certificado individual se renueven ininterrumpidamente.

9. **Periodo de Supervivencia:** Tiempo en el cual deberá sobrevivir la asegurada 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.
10. **Enfermedad:** Conjunto de alteraciones morfológico estructurales y/o funcionales de un organismo. No se considerará como enfermedad las lesiones corporales provocadas intencionalmente por la Asegurada.

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

11. **Enfermedad Grave:** Para efectos de este contrato se considerarán enfermedades graves únicamente las siguientes:
- a. Cáncer de Mama
 - b. Cáncer Cérvico-Uterino

12. **Depresión Post-Parto:** Se entiende como una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz* tres semanas posterior al alumbramiento y hasta un año posterior a la fecha de parto. *En este periodo de tres semanas la cobertura no aplica ya que se considera normal el presentar síntomas asociados a este diagnóstico y tienen remisión dichos síntomas por si solos (sin uso de medicamentos o terapia).

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

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

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

III. Cobertura Básica

1. INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE

La Compañía pagará a la Asegurada la Suma Asegurada contratada, si durante la vigencia de la póliza a ésta se le diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades Graves cubiertas y la Asegurada ha cumplido con el periodo de espera y el periodo de supervivencia estipulados en el rubro de Definiciones de estas condiciones.

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

Para efectos de este contrato se considerarán **enfermedades graves** únicamente las siguientes:

- a. Cáncer de mama
- b. Cáncer cérvico-uterino

2. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

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).

- a. **Cáncer de mama:** Es un crecimiento maligno, anormal y desordenado del tejido mamario.
- b. **Cáncer cérvico-uterino:** Enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

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

Se excluye cualquier otro tipo de cáncer o enfermedad diferente a los antes descritos.

IV. COBERTURAS OPCIONALES

1. AYUDA PARA PARTO NORMAL

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y señalada en la carátula de póliza siempre que el parto normal se dé dentro de la vigencia de la póliza y posterior al periodo de espera señalado en el rubro de Definiciones de estas condiciones.

Se entenderá como Parto Normal la expulsión de uno o más fetos y la(s) placenta(s) desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Para efectos de cubrir la suma asegurada de esta cobertura, se debe contar con el informe médico, informe del reclamante y copia de la factura o estado de cuenta del Hospital.

No se cubrirá la suma asegurada cuando se trate de: cesárea y complicaciones del embarazo (Huevo muerto retenido, Mola Hidatiforme, Placenta Creta, Eclampsia y Preclampsia, Fiebre Puerperal, Embarazo Anembriónico).

Edad de Aceptación, para efectos de esta cobertura, La Compañía aceptará a personas con edad de 18 a 54 años.

2. TERAPIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, la asegurada, 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 por primera vez y dentro de la vigencia de la póliza, alguna de las Enfermedades Graves cubiertas (Cáncer de Mama o Cáncer Cérvico-Uterino).
- b) Cuando se le diagnostique a la Asegurada Depresión Post-Parto (esta cobertura aplica siempre y cuando la cobertura de Ayuda para Parto Normal haya sido procedente y cumpla con las características descritas en el apartado de Definiciones de este documento).

En esta cobertura se reembolsan los honorarios del psicólogo o psiquiatra de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para estas especialidades por un máximo de 8 terapias durante un año, además de los medicamentos recetados por el psiquiatra para el tratamiento terapéutico, de acuerdo a la dosis establecida por el mismo, siempre que el gasto se dé dentro de la vigencia de la póliza y del certificado correspondiente.

Para esta cobertura se excluyen:

- Los honorarios de 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 honorarios de los psicólogos que no cuenten con la cédula profesional correspondiente y que no cuenten con la acreditación vigente de la Sociedad Mexicana de Psicología.

- Los medicamentos que no sean recetados por el psiquiatra.

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, se hayan 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 se hayan hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar a la asegurada 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 prematuridad.
- d) Presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- e) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevos.
- f) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de tratamientos médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa.

- g) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de 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 la asegurada.**
- j) Biopsias.**
- k) 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.**
- l) 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).**
- m) Enfermedades desarrolladas a consecuencia de tratamientos de control y vigilancia prenatal.**
- n) 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.**
- o) 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.**
- p) 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).**

- q) **Afecciones propias del embarazo, así como el legrado uterino cualquiera que sea su causa.**
- r) **No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).**
- s) **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.**

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) **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.**
- g) **Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero.**
- h) **Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.**

VI. GENERALIDADES

CONTRATO

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, ésta póliza, los endosos que llevan anexos, el registro de Aseguradas, los consentimientos, las Condiciones Generales y los certificados individuales, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes de la Colectividad contra riesgos propios de las coberturas contratadas y descritas en este documento.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

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

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

REGISTRO DE ASEGURADAS

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

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 Asegurada recibirá su póliza en el domicilio o correo electrónico que proporcionó a la Compañía.

En caso de que el Contratante o Asegurada 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, la asegurada 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

La Compañía podrá renovar este contrato, cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante un endoso de renovación, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos que establece la ley.

Las Aseguradas cuya edad real en la fecha de la renovación esté fuera de los límites de edad establecidos en este contrato, no podrán renovar la póliza.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada de cada una de las Aseguradas a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas que se encuentre en vigor **(se incluye la posibilidad de presentarse un incremento en la prima)**, 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.

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.

REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Aseguradas, o aumento o disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de alta o baja de Aseguradas, o aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá mediante recibo correspondiente al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

ALTAS

La Compañía, mientras esté en vigor la presente póliza podrá incluir bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurada para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza. Para llevar a cabo este movimiento la Compañía deberá contar con el consentimiento respectivo debidamente llenado por el miembro a asegurarse.

En caso de alta de una Asegurada durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía cobrará una prima de acuerdo con la edad de dicha Asegurada, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento de la vigencia de la póliza, dicha prima se pagará de conformidad a lo estipulado en el contrato.

BAJAS

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

En este caso, la Aseguradora restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja de la colectividad. El procedimiento que utilice la Compañía para este cálculo, será previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas terminarán desde el momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

La Compañía podrá asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente de la colectividad asegurada, en cualquiera de los planes individuales vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que opere, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, **dentro del plazo de treinta días a partir de su separación**. La suma asegurada será similar a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a La Compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada, su ocupación y plan contratado, en la fecha de su solicitud, según la tarifa que se encuentre en vigor.

Este nuevo contrato acreditará la antigüedad que la Asegurada hubiera generado en la póliza colectiva y no se ampliarán los periodos de espera al momento de efectuarse el cambio.

Cancelación de la póliza

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

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

Cancelación de certificados

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

OBLIGACIÓN DE ASEGURAR

El Contratante se obliga a solicitar el seguro para todas aquellas personas que reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro los 30 días siguientes a que las reúnen.

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser aseguradas **dentro de los treinta días**

naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

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

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

SUSTITUCIÓN DEL CONTRATANTE

En caso de que el seguro colectivo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al presente Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de que se ha operado una sustitución en el Contratante del seguro; sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante.

En tal caso La Compañía se obliga a reintegrar a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada de acuerdo a los procedimientos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS (CANCELACIÓN)

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 Contratante 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 Contratante 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 por enfermedades o eventos 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 una de las Aseguradas, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza y la edad de la Asegurada. La prima cubre un período de doce meses.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada una de las Aseguradas, 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. En caso de alta o baja de Aseguradas o disminución de beneficios, la Compañía cobrará mediante el recibo correspondiente al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro. En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza de referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, la Asegurada liquidará la diferencia.

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 de la Asegurada, la Compañía 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 Contratante la reserva matemática de su seguro, existente en la fecha de rescisión.
- c) La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de las Aseguradas, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad de la Asegurada.

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 de la Asegurada 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 a la Asegurada y al Contratante 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 las Aseguradas 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 asegurada 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.

Esta cláusula solo aplicará para aquellas aseguradas que se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad asegurada.

COMPETENCIA

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

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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 la ocurrencia del siniestro 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 del certificado.
- 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 Ayuda para Parto Normal

Para el trámite de Ayuda para Parto Normal es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a) Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular del certificado.
- b) Informe Médico
- c) Identificación Oficial (pasaporte, cartilla, IFE, Cédula Profesional).
- d) Si es hospital privado presentar, copia de la factura del hospital donde se atendió y desglose de gastos donde se indique que se atendió por parto normal.
- e) 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 especifique que se atendió por parto normal.

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 del certificado.
- b) Identificación Oficial (pasaporte, cartilla, IFE, Cédula Profesional).
- c) Informe Médico del psiquiatra o psicólogo que da las terapias a la Asegurada.
- d) En el caso de reclamar reembolso de gastos por medicamentos, presentar las recetas médicas expedidas por el psiquiatra de manera adicional a la información señalada en los puntos antes descritos y los recibos o facturas que amparen la compra de dichos medicamentos.
- e) 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.
- f) Originales de los recibos o facturas emitidos por el Psiquiatra o Psicólogo.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación del siniestro, así como la comprobación de los gastos realizados.

Las Aseguradas 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 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 BANORTE, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la solicitud y que a su vez 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 las Aseguradas.

No obstante lo anterior, La Compañía tendrá el derecho de exigir de la asegurada 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 y el pago sea procedente.
- b) Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas a cada Asegurada o a través de su apoderado, quien deberá presentar Carta Poder con identificación oficial de él y de la asegurada, en las oficinas de la Compañía con la presentación de Carta poder.

- c) Cuando la Asegurada fallezca antes de cobrar la indemnización esta se pagará a la sucesión de la Asegurada 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 cubrirá la suma asegurada contratada y/o los gastos derivados de las coberturas siempre que se cumpla con las condiciones establecidas en este documento y el evento o los gastos se hayan dado y/o hecho cuando la póliza y certificado correspondiente se encuentren en vigor..
- f) 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 de la Asegurada.
- g) 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 de la Asegurada y se pueda corroborar en el resumen clínico con la nota y firma respectiva.

INTERÉS MORATORIO

En caso de que BANORTE, no obstante de haber recibido los documento e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente el pago, 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 a la Asegurada o Beneficiario el interés que se establece en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

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

Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de

seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

PARA CONTRATANTE

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

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

PERSONA MORAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

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

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados

por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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

Aviso de Privacidad: 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

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 **26 de abril de 2019** con el número **CNSFS0001-0092-2019/CONDUSEF-003655-03**.

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

