

GMM Protección Salud Empleados

Para mayor información llama a nuestro
Centro de Atención Telefónica
800 500 2500

disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.
sábado de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE	
1.1 DEFINICIONES	5
1.2 RIESGOS CUBIERTOS Y DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	9
PAGO POR DIAGNOSTICO DE GRAVE ENFERMEDAD (EG)	9
RIESGOS NO CUBIERTOS POR ESTA COBERTURA	12
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)	15
RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)	16
1.3 CLÁUSULAS GENERALES	18

**CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN**

Es objeto de este contrato de seguro de Gastos Médicos, las indemnizaciones procedentes por accidentes y/o enfermedades amparadas de acuerdo a las coberturas contratadas estipuladas en la carátula de la póliza.

1.1 DEFINICIONES

a) ACCIDENTE

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

b) AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Es cuando por cualquier causa o circunstancia que afecte al asegurado (ejemplo: algún cambio de actividad u ocupación) se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

c) ASEGURADO

Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.

d) BENEFICIARIO

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

e) CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

Son aquellas que, además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares o especiales, y que se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

f) COMPAÑÍA

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

g) CONTRATANTE

Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí, que se encuentra amparada por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

h) CAJERO AUTOMÁTICO

Es una máquina usada para depositar; extraer dinero, pagar o comprar servicios, utilizando una tarjeta de plástico, que cuenta con una banda magnética y/o un chip con un Número de Identificación Personal NIP para tener acceso a los servicios proporcionados por el Banco.

i) BANCO

Institución de banca múltiple, con la cual el Asegurado tiene contratada una cuenta bancaria en virtud de la cual, se le ha entregado una tarjeta plástica con una banda magnética y/o chip, para que tenga acceso a diferentes servicios automáticos. Incluyendo la contratación del presente seguro.

j) TARJETA BANCARIA

Es una tarjeta de plástico con banda magnética y/o chip, entregada por el Banco para usarse en cajeros automáticos o puntos de venta. Pudiendo ser una cuenta de ahorro (debito) o crédito.

k) DEPORTISTA AMATEUR

Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas.

Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

l) DEPORTISTA OCASIONAL

Persona que, sin fines de lucro, sin atender reglas ni tener protección o equipamiento especial realiza una actividad física en conjunto que le puede ocasionar lesiones.

m) DEPORTISTA PROFESIONAL

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

n) ENDOSO

Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato de seguro y forma parte de éste.

o) ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Se consideran padecimientos o enfermedades preexistentes cuando se cuente con las pruebas o elementos que se señalan a continuación:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado los documentos originales del resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación, o cualquier otro relacionado con el siniestro
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento que se reclame.

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

p) HOSPITALIZACIÓN

La Hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.

q) HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO

Institución legalmente autorizada para el diagnóstico por médicos, la atención médica y la atención quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que da servicio las 24 horas del día.

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

r) MÉDICO

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

s) MEDIOS ELECTRÓNICOS

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones de este contrato de seguro y que están disponibles por la compañía.

t) CULPA GRAVE

Acción o conducta cometida por imprudencia o negligencia.

1.2 RIESGOS CUBIERTOS Y DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

A) PAGO POR DIAGNOSTICO DE GRAVE ENFERMEDAD (EG)

La finalidad de este beneficio es apoyar al Asegurado en el caso de que llegue a padecer alguna de las enfermedades graves que este beneficio considera.

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir esta cobertura de acuerdo con sus necesidades de protección, constando la contratación en la carátula de póliza.

Definiciones

Accidente Cerebro Vascular

Es la alteración súbita de las funciones cerebrales, originadas por una deficiente circulación sanguínea, que produce secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas y que incluye cualquiera de los siguientes eventos:

- Infarto de Tejido Cerebral
- Hemorragia Cerebral
- Embolia de Fuente Extracraneal

Adicionalmente deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico.

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.

Cáncer

Es la enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión a otros tejidos. El término cáncer incluye entre otros la leucemia y la enfermedad de Hodgkin.

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.

Esclerosis Múltiple

Endurecimiento de los tejidos del Cerebro y/o Médula Espinal que produce parálisis de miembros inferiores y trastornos cerebrales.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe de contar con un diagnóstico emitido por un médico neurólogo y presentar los estudios de laboratorio y gabinete como resonancia magnética, potenciales evocados visuales, así como estudio de fluidos cerebroespinales que confirmen el diagnóstico.

Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardíacas en la sangre periférica.

Para el pago de esta cobertura se procede siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

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.

Parálisis de Extremidades

Se entienda como parálisis de las extremidades a la pérdida de la función motora de manera permanente de dos o más extremidades (superiores y/o inferiores), causada por accidente o enfermedad.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe de contar con diagnóstico emitido por un médico neurólogo o neurocirujano, y presentar la tomografía computarizada o resonancia magnética de cabeza y/o columna vertebral, biopsia del nervio o músculo, mielografía, electromiografía y potenciales evocados que confirmen el diagnóstico.

Trasplante 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.

Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará al Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de póliza, si encontrándose vigente ésta, se presenta alguno de los siguientes eventos:

a) Que se le practique un trasplante de órganos vitales, como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de esta cobertura. Serán considerados como ORGANOS VITALES los siguientes: corazón, pulmón, hígado, páncreas, médula ósea o riñón.

b) Que le sea diagnosticada clínicamente por primera vez alguna de las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer
- Infarto al miocardio
- Parálisis de Extremidades.
- Insuficiencia renal Crónica.
- Accidente Cerebro Vascular
- Esclerosis Múltiple

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Graves Enfermedades de las anteriormente mencionadas durante el año de vigencia, siempre que se comuniquen a la Compañía, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas. La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia del seguro.

Periodo de Carencia

Significa el lapso inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 90 (noventa) días.

La aplicación del periodo de carencia aplicará solo la primera vez que el Asegurado ingrese al seguro y no a sus renovaciones, salvo si éstas no son consecutivas, en cuyo caso el periodo de carencia volverá a ser aplicado.

Cancelación Automática

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

1. Al término del plazo estipulado en la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 61 años.

Riesgos no cubiertos por esta cobertura:

1. **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.
2. **No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro directo de la familia (Padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos, abuelos) del asegurado o que viva en la misma casa que el asegurado, sin importar si la persona es un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
 3. **Enfermedades que no sean las enunciadas dentro de la cobertura, como eventos cubiertos de acuerdo a su definición.**
 4. **Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**
 5. **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).**
 6. **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.**

7. **Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
8. **Enfermedades que se detecten si el asegurado presente síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (virus de inmunodeficiencia humana).**
9. **Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus.**
10. **Enfermedades congénitas.**
11. **Angioplastia.**
12. **Para Accidente Cerebro Vascular, se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.**
13. **Para Infarto al Miocardio, 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. Se excluye cualquier Trasplante de órganos no enunciado en el inciso a de riesgo cubierto de esta cobertura, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.**
14. **Para Esclerosis Múltiple, se excluyen padecimientos como Enfermedad de Devic, Sarcoidosis, Vasculitis y/o Enfermedad de Lyme, ya que estos padecimientos pueden imitar los síntomas de la esclerosis múltiple.**
15. **Se excluye parálisis ocasionada por apoplejía así como parálisis ocasionada por esclerosis múltiple y las parálisis de tipo transitorias.**

B) INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)

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

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

En caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de computar el periodo máximo del beneficio.

Indemnización diaria por Terapia Intensiva (ITI)

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada por la cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización en Terapia Intensiva a consecuencia de Accidente o Enfermedad cubierta para esta cobertura, durante el período en que se utilice la Unidad de Terapia Intensiva, si a consecuencia del Accidente cubierto o de la Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere del uso de dicha unidad.

Por cada Accidente cubierto o Enfermedad cubierta, se establece un periodo de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado en terapia intensiva, limitándose a un máximo de ciento ochenta (180) días.

En el caso de hospitalizaciones sucesivas por terapia intensiva a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, separadas por intervalos menores a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

Cancelación Automática

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

1. Al término del plazo estipulado en la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 61 años.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización (IDH):

1. 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.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.
4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que sea consecuencia de un accidente.

5. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up).
8. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el SIDA.
9. Accidentes por participación del Asegurado en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - c) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - e) Conducción de motocicletas y vehículos de motores similares.
 - f) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
10. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si estos fueran prescritos por un médico.
11. Lesiones autoinflingidas por el Asegurado.

1.3 CLÁUSULAS GENERALES**a) CONTRATO DE SEGURO**

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

b) CLÁUSULA CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS**i. MEDIOS ELECTRÓNICOS**

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ii. CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

El asegurado acepta y autoriza a Seguros Banorte para que la contratación del seguro, pueda celebrarse por medio del uso de equipos, medios electrónicos, ópticos y/o de cualquier otra tecnología, así como de sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, tales como el teléfono, Internet, cajeros automáticos u otros, los cuales acreditarán la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones de las partes y regirán por lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y demás disposiciones aplicables.

Seguros Banorte podrá implementar con el asegurado, medios de identificación consistentes en dispositivos de seguridad (en adelante los Dispositivos de Seguridad), individuales y confidenciales, tales como: contraseñas electrónicas alfanuméricas, números de identificación personal (NIP's), medios de autenticación (Dispositivo Físico) que generen claves, medios biométricos o cualquier otro, permitido por ley.

Cualquiera de los medios de identificación antes mencionados, se entenderán como sustitutos de la firma autógrafa del asegurado, por lo que lo obligarán y producirán los mismos efectos que esta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, por lo anterior, su uso obligará al asegurado.

El asegurado acepta, de manera expresa e irrevocable, ser el único responsable por el uso que se le dé a los Dispositivos de Seguridad, liberando a Seguros Banorte de cualquier responsabilidad al respecto.

Si la contratación se hace vía cajero automático, el asegurado autoriza a Seguros Banorte a usar el Número de Identificación Personal (NIP) que va ligado a la tarjeta que está utilizando para la aceptación del seguro, como medio de identificación.

iii. FORMALIZACIÓN DEL SEGURO.

El contratante manifiesta que puede proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del uso de los distintos medios electrónicos, entre ellos a través del cajero electrónico, con cargo de la prima a la tarjeta bancaria usada en el cajero automático.

Por lo anterior; las partes aceptan que la contratación de este seguro puede realizarse por medios electrónicos por lo que, en su caso, se entenderá aceptada y con ello perfeccionado el contrato de seguro desde el momento de la emisión del número de póliza o folio con que la Compañía responderá por las coberturas contratadas en la misma.

El seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en las condiciones generales y especificadas en la caratula de póliza.

Las partes, reconocen que el desbloqueo del Número de Identificación Personal (NIP) para las tarjetas bancarias, deberá efectuarse de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Banco, para el uso de tarjetas bancarias.

Al realizarse la contratación del seguro, la Compañía deberá proporcionar al asegurado:

- Un número de folio de confirmación que corresponde a la solicitud y aceptación de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros, quejas, para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que

no se renueve automáticamente.

- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

Además, la Compañía hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado a momento de la contratación, lo estipulado en esta cláusula.

iv. NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO.

La compañía le hará llegar al asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la siguiente información:

- I. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;
- II. Alta y/o modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;
- III. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;

c) COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

d) DISPUTABILIDAD

El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

e) CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

f) INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de mora, la Compañía, deberá pagar al Asegurado o Beneficiario (s), una indemnización de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

g) MONEDA

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

h) INMUTABILIDAD

Durante la vigencia establecida en la carátula de la póliza, la Compañía no podrá modificar las primas en ella establecidas.

i) VIGENCIA

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

j) PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en los artículos 82 y 84 de la misma Ley.

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

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

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

k) RENOVACIÓN

El Asegurado tendrá derecho a renovar la cobertura contratada por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, dicha renovación se realizará con las condiciones de aseguramiento congruentes a las originalmente contratadas; y, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda de los 60 años en la fecha de renovación. El derecho a este beneficio cesa automáticamente en sus efectos en caso de que no se pague la prima del recibo correspondiente dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de su vencimiento lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La renovación a que hace referencia se realizará únicamente a solicitud expresa, para lo cual el Contratante y/o Asegurado deberá solicitar dicha renovación por escrito dirigido a la Aseguradora dentro de los 30 (treinta) días naturales previos a la fecha de vencimiento de la póliza, la Compañía comunicará al Asegurado su aceptación o rechazo a dicha solicitud, en el entendido que en caso de no solicitar dicha renovación se estará a lo sujeto en el inciso i) VIGENCIA.

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

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor (cabe la posibilidad de que se presente un incremento en la tarifa) misma que será 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.

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

l) REHABILITACIÓN

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

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

m) MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

n) NOTIFICACIONES

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

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

Los ejecutivos o agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador

o) ENTREGA DE PÓLIZA

La póliza y las condiciones generales y/o endosos que amparan este seguro serán enviados al Contratante, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado para estos efectos en un plazo no mayor a 30 días naturales contados desde su contratación.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no hayan recibido la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior, podrá solicitarla en las sucursales bancarias o solicitarlas a la Unidad Especializada de la Compañía al teléfono 800 627 2292. Sin que ello obste, para que las Condiciones Generales puedan ser consultadas y descargadas en la página Web de la Compañía (www.segurosbanorte.com.mx).

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

p) DOCUMENTACION CONTRACTUAL

La compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

La compañía se obliga a entregar la documentación contractual del seguro contratado en la cual consten los derechos y obligaciones de las partes en el contrato de seguro, enunciativamente a través de alguno de los medios siguientes:

1. Al correo electrónico del contratante previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales en formato PDF y avisos del producto, excluyendo publicidad.
2. En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.
3. Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.

De forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx o en www.banorte.com o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00.

q) BENEFICIARIOS

En este contrato de seguro el Beneficiario será el Asegurado Titular, si el Asegurado Titular fallece; la suma asegurada contratada será pagada a la sucesión del Asegurado Titular.

r) INFORMACIÓN DE COMISIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La 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.

s) AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, de conformidad con lo señalado en el artículo 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

t) EDAD

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

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

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

u) EDAD FUERA DE LÍMITE

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

Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
18 años	60 años

v) LIQUIDACIÓN

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

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, será deducida de la indemnización correspondiente, siempre y cuando el siniestro haya ocurrido dentro del periodo de gracia otorgado por la Compañía.

w) PRUEBAS

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

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

x) AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento de la realización del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la institución de seguros tan pronto como cese el impedimento, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

y) ARBITRAJE

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 e imparcial únicamente tratándose de preexistencia, obligándose el asegurado a proporcionar copia de su expediente clínico.

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.

z) 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

aa) LEGISLACIÓN CITADA

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet https://www.segurosbanorte.com.mx/descargas/seguros/Documentacion/GMM/leyes_completasw.pdf

ab) PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

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

ac) CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Asegurado y/o contratante podrá solicitarlo por escrito a la Compañía; mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00, o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

La cancelación anticipada del seguro no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras el seguro estuvo en vigor.

bb) VALORES GARANTIZADOS

Este Contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

cc) 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 Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a 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.

dd) PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Si el riesgo cubierto por la póliza se ha realizado, se deberá presentar a la Compañía los elementos enumerados en:

- i. Presentación de Reclamación estipulados en estas Condiciones Generales.
- ii. O comunicarse al 800 500 25 00 para recibir orientación al respecto los 365 días del año las 24 horas del día.

ee) PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

El beneficiario de esta cobertura deberá presentar:

- Original del Informe del Reclamante. (Formato anexo a este folleto)
- Copia de la Identificación Oficial del afectado y del reclamante del seguro. (I.F.E. vigente, I.N.E. o Pasaporte).

- Copia del estado de cuenta a la cual el beneficiario autoriza que se efectúe, vía transferencia, el pago reclamado. (Ocultar saldos y movimientos).

Adicional a éstos, es indispensable presentar la siguiente documentación por cobertura:

Enfermedades Graves

- Informe médico que certifique el diagnóstico de la enfermedad grave, expedido por la institución de salud pública o privada en la que se atiende el afectado y avalado por el médico especialista.
- Resultados de los exámenes clínicos y estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad. Para la cobertura de diagnóstico de cáncer deberá incluir el estudio histopatológico.

Indemnización Diaria por Hospitalización e Indemnización Diaria por Terapia Intensiva

- Informe médico con atención en las fechas de ingreso y altadel afectado. Que incluya diagnóstico y especifique días de permanencia en Terapia Intensiva (si aplica). Expedido por la Institución de Salud Pública o Privada en la que se hospitalizó el afectado.

PRIMAS

ff) PAGO DE PRIMAS

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

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

La comprobación del pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

ii) PERIODO DE GRACIA

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

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

jj) TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

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

En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima (61 años) de aceptación de este producto.

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

En caso de cancelación anticipada del contrato y de existir monto pendiente a favor del asegurado por concepto de prima pagada y no devengada **la Compañía se obliga a devolver dicho monto dentro de los 15 días hábiles siguientes a que surta efectos dicha cancelación o terminación, la devolución se efectuará a la cuenta señalada por el Asegurado para tal efecto o bien a la cuenta de la cual se recibió en primera instancia el pago de la póliza.**

kk) LUGAR DE PAGO

Las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, mediante cargos que efectuará la Compañía a la tarjeta bancaria con la que contrató el seguro, a cambio del Recibo de Pago correspondiente. En este último caso, el estado de cuenta en donde aparezcan los cobros de la prima hará prueba plena del pago de las primas y la comprobación del pago de las mismas servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato de seguro, aun cuando el asegurado no presente la póliza.

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

Por lo anterior el Contratante tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia del recibo. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá llamar directamente al centro de atención; al número telefónico 800 500 2500 para reportarlo.

FORMAS DE CONTRATACIÓN

II) DESCUENTO POR NÓMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO).

De acuerdo con el artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el primer recibo y los subsecuentes se cargarán a los conductos de cobro autorizados por el Contratante a partir del día en que venza la prima. De no realizarse el pago de la prima el día de vencimiento de la misma, se realizarán diversos intentos a lo largo del periodo de 30 días naturales pactados y en caso que el cobro de prima no pueda realizarse, la póliza se cancelará de forma automática de conformidad con el Artículo 40 de la ley citada.

- a. El Contratante que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro "Descuento por Nómina" o "Domiciliación Bancaria" (cuenta de cheques, débito o crédito),

tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la Prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes al inicio de la vigencia. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá de inmediato llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 800 500 2500 para reportarlo. Si dentro de 30 días naturales posteriores al inicio de vigencia de la Póliza no se ha realizado la primera retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato, de acuerdo a la Cláusula relativa a la Prima del seguro descrita en las Condiciones Generales de la Póliza.

Si después de aparecer la primera retención en el recibo para Descuento por Nómina o cargo en el estado de cuenta para Domiciliación Bancaria, éstos se interrumpen por más de 30 días naturales, cualquiera que sea la causa, los efectos de la póliza cesarán automáticamente.

- b. Bajo el esquema de pago de prima por Domiciliación Bancaria cuando por falta de fondos no se pudiera efectuar la retención pactada, la Compañía le solicitará al banco emisor que efectúe el cargo del próximo periodo y un importe adicional de hasta el monto del pago no efectuado del periodo anterior; de no lograrse nuevamente el cargo, los efectos de la póliza cesarán automáticamente.
- c. Los cargos podrán ser suspendidas en los siguientes casos:

Por cancelación del seguro, con instrucción escrita del Contratante. Esta cancelación surtirá efecto a partir de la fecha en que sea recibida por la Compañía, en el entendido de que por el "desfasamiento" del cobro puede proceder el cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de terminación anticipada del Contrato o cancelación del mismo, por lo que en caso de que esto llegara a ocurrir la Compañía se obliga a devolver los cobros provocados por dicho "desfasamiento" dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de cancelación, dicha devolución se efectuará a la cuenta señalada por el Asegurado para tal efecto o bien a la cuenta de la cual se recibió en primera instancia el pago de la póliza.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) también serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la póliza en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en la Cláusula

1.2 CLAUSULAS GENERALES, incisos I) REHABILITACIÓN, el apartado de PRIMAS inciso hh) PAGO DE PRIMAS.

- I. Cancelación del instrumento bancario no notificado a la Compañía.
- II. Reposición(es) de tarjeta(s) de crédito no notificada(s) a la Compañía con diferente número de cuenta o tarjeta.
- III. Por rechazo bancario.
- IV. Falta de fondos o crédito.
- V. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo.

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 **27 de mayo de 2022**, con el número **CNSF-S0001-0034-2022/CONDUSEF-005212-02**.