

GMM
Enfermedades Graves
Banorte



CONDICIONES GENERALES
**SEGURO COLECTIVO DE
ENFERMEDADES GRAVES**

Índice

a) Protección.....	2
b) Definiciones.....	2
c) Clausulas generales.....	3
d) Siniestros.....	9
e) Edad.....	10
f) Primas.....	10
g) Reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades.....	11
h) Aviso de privacidad.....	12
i) Riesgos cubiertos.....	12
j) Muerte accidental (MA).....	12
k) Riesgos no cubiertos por esta cobertura.....	12
l) Coberturas Adicionales.....	13
m) Enfermedades graves (EG).....	13
n) Riesgos no cubiertos por esta cobertura.....	13
o) Cancelación de coberturas	14

CONDICIONES GENERALES

PROTECCION

Son objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales enunciadas en la carátula de la póliza y los certificados individuales.

DEFINICIONES

COMPAÑÍA

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

CONTRATANTE

Banco Mercantil del Norte, S.A. ha solicitado la celebración del Contrato a favor de sus clientes y además se compromete a realizar el pago de las primas correspondientes.

ASEGURADO

Persona que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza y se encuentra en el registro de Asegurados de Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte.

COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Son los integrantes de la colectividad sobre los que se hace la oferta del seguro.

COLECTIVIDAD ASEGURADA

Son los integrantes de la colectividad asegurable que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que se establecen en la carátula de la póliza y que han dado su consentimiento expreso para ello.

BENEFICIARIO

Persona (s) designada (s) por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.

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.

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.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticadas por un médico o provocaron un gasto.

ACCIDENTE

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

ACCIDENTE 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.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

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

AFECCIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERA PUENTE CORONARIO

Es la estenosis u oclusión de las arterias coronarias que requieren de una intervención quirúrgica de puente coronario (conocida como BY-PASS). La necesidad de intervención quirúrgica deberá comprobarse a la Compañía mediante el resultado de la angiografía coronaria y el informe del médico tratante.

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 de tejidos.

El término cáncer incluye entre otros la leucemia y la enfermedad de Hodgkin.

INSUFICIENCIA RENAL

El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar:

- Diálisis renal por lo menos una vez a la semana
- Trasplante de riñón

La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

MÉDICO

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

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.

COSTO DE ADQUISICION:

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.

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.

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.

CLAUSULAS GENERALES

CONTRATO

La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante, cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes de la Colectividad Asegurada contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá, firmará y enviará al Contratante, certificados individuales por cada uno de los Asegurados. Cada certificado contendrá, cuando menos, los siguientes datos:

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

SUMA ASEGURADA

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

La suma asegurada máxima que la Compañía cubrirá para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza.

MODIFICACIONES

Este Contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes Contratantes, haciéndose constar mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

ENTREGA DE PÓLIZA

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

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no haya recibido la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior, deberá solicitarla a la Unidad Especializada de la Compañía al teléfono 01800 627 2292, en caso de que el Asegurado no informe a la Compañía de que no ha recibido la documentación durante los siguientes 30 días posteriores a la fecha de contratación, se entenderá que el Contratante y/o Asegurado ha recibido la documentación.

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.

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará el registro de Asegurados, mismo que deberá contener: nombre, edad, sexo, suma asegurada, número de certificado, fecha de

entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro y coberturas amparadas. Si el Contratante lo solicita la Compañía entregará copia del registro de Asegurados.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía, para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título 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 de Fianzas.

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Para hacer valer sus derechos, el Asegurado y/o Contratante podrá dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía (UNE)
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF)
- Los Tribunales competentes

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.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurable, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

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.

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. Así mismo se establece que para cada uno de los Asegurados, el inicio de vigencia de aseguramiento será el estipulado en el Certificado que emita la Compañía para cada uno de éstos y concluirá en la fecha establecida en el mismo documento.

INDEMNIZACION POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en caso de que proceda, dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al Beneficiario, una indemnización por mora

calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en donde se establece lo siguiente:

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
- El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- a) Los intereses moratorios;
 - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - c) La obligación principal.
- IX. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
- X. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese

momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, fecha de alta del Asegurado, designación de los Beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable, y firma del Asegurado.

Si el Contratante no informara oportunamente, en el plazo y términos establecidos en el párrafo anterior, de los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada, éstos se considerarán como no asegurados. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación expresa por parte de la Compañía.

- b) Comunicar a la Compañía de manera inmediata las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- c) Dar aviso a la Compañía dentro del término de 15 días naturales, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la

aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

- d) Enviar a la Compañía los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

BAJA DE ASEGURADOS

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

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

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

CANCELACION 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. En un lapso no mayor a 30 días naturales, mediante transferencia bancaria

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura fallecimiento en los seguros de vida y de dos años en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados a partir de la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 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 y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la unidad especializada de la empresa.

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.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovarla bajo las mismas condiciones estipuladas, siempre que el Contratante cubra, dentro de los treinta días de espera, el monto total de la prima, y que la Colectividad se encuentre integrado por 5 individuos cuando menos.

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

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

no se solicitarán requisitos de asegurabilidad adicionales

REHABILITACIÓN

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

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

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada.

MONEDA

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

BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro de la Colectividad puede cambiar el Beneficiario o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Compañía.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia expresa de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Compañía y al beneficiario irrevocable.

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

el Contratante, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, esta quedará liberada de toda responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencias:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse a su domicilio social señalado en la Carátula de la póliza. Así mismo, los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado

o a los Beneficiarios, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de estos.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Este contrato de Seguro no tiene derecho de participación de utilidades.

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.

SINIESTROS

AVISO DE SINIESTRO

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

LIQUIDACION

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas correspondientes 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 las fracciones que no hubieren sido pagadas, siempre y cuando no hayan transcurrido los 30 días a que se refiere el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, será deducida de la liquidación correspondiente.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

La Compañía se compromete a notificar al Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que este en posibilidades de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

El Asegurado o sus beneficiarios deben de informar su domicilio la Compañía para que éste llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

PRUEBAS

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

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

PAGO DE SINIESTRO

La Compañía pagará, cuando proceda, las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivo los beneficios derivados de dichas coberturas, en una sola exhibición, de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiera sido pagada, será deducida de la liquidación correspondiente.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

El Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir a los Beneficiarios designados, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y de sus consecuencias.

Información para el pago del siniestro por Muerte Accidental (MA):

1. Original de:

- Certificado de Consentimiento firmado por el Asegurado, sólo si existiera o si lo tuviera.
- Informe del reclamante (Formato proporcionado por la Compañía).

2. Original o Copia Certificada de:

- Acta de Defunción del Asegurado.
- Acta de Nacimiento del Asegurado
- Acta de Nacimiento de los Beneficiarios
- Acta de Matrimonio, si el cónyuge fuera el Beneficiario.

3. Copia Simple de:

- Identificación Oficial del Asegurado (Credencial del IFE, pasaporte, etc.).
- CURP, de cada uno de los beneficiarios.

4. Original o Copia Certificada de las actuaciones completas del ministerio público (Averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico, declaración de testigos de los hechos, declaración de testigos de identidad, levantamiento de cadáver, dictamen de necropsia, resultados de estudios químicos toxicológicos y alcoholemia en caso de que hayan sido ordenados y conclusiones).

Información para el pago del siniestro por Enfermedades Graves (EG):

1. Original de:

- Certificado de Consentimiento firmado por el Asegurado, sólo si existiera o si lo tuviera.
- Informe del reclamante (formato proporcionado por La Compañía)
- 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.
- Acta de Nacimiento o copia certificada del pasaporte del Asegurado.

2. Copia Simple de:

- Identificación Oficial del Asegurado (Credencial del IFE, pasaporte, etc.).
- 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.

EDAD

EDAD REAL

Las edades declaradas por los miembros de la Colectividad Asegurada deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas relativas a la edad cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente.

EDAD FUERA DE LÍMITE

En caso de que la edad real de un Asegurado se encuentre fuera del límite establecido por la Compañía, en la fecha de su ingreso a la Colectividad, será rescindido el seguro correspondiente a dicho Asegurado, debiendo la Compañía devolverle la reserva matemática correspondiente al contratante. El mismo tratamiento se aplicará aun cuando haya ocurrido un siniestro, en este caso la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad.

Las edades de aceptación son las siguientes

Concepto	Edad
Edad Mínima de contratación(años)	18
Edad Máxima de contratación (años)	55
Edad Máxima de renovación (años)	60

PRIMAS

La prima total del seguro será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y sumas aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro. La prima básica será anual.

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

1. En los casos de baja, se procederá de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Baja de Asegurados.
2. En los casos de nuevos seguros que se contraten posteriormente a la fecha de esta póliza, o de cualquier aumento en los seguros ya en vigor, se cobrará al Contratante una prima adicional.

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.

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, la prima total de miembros de la colectividad correspondiente a dicho periodo.

LUGAR DE PAGO

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en la Oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado, en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Cuando el Contratante expresamente opte por el pago de la prima a través de "domiciliación bancaria", la Compañía realizará los cargos correspondientes a la tarjeta de crédito, débito o

cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado, a cambio del Recibo de Pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

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

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

De acuerdo a lo que establece 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 del artículo 17 al 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 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, 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 Compañía 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 21.- La Compañía 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.

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

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA BÁSICA

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará a los Beneficios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Riesgos no cubiertos por esta cobertura:

Se excluye la muerte que a causa de:

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participen directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica amateur, ocasional deportiva de: paracaidismo, buceo, box, lucha libre, cacería, espeleología, rapel, artes marciales, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.

3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.

4. Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.

5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.

6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.

7. Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.

9. Envenenamiento o inhalación de gas tóxico de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental

12. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

13. Enfermedad corporal o mental

14. Lesiones accidentales ya existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación

COBERTURA ADICIONAL

ENFERMEDADES GRAVES (EG)

La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si encontrándose vigente ésta y después de haber transcurrido el periodo de espera de 30 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del certificado individual correspondiente o de su última rehabilitación, se presenta alguno de los siguientes eventos:

a) Que se le practique un trasplante de órganos vitales, como consecuencia de un accidente o enfermedad que le ocurra durante la vigencia de la cobertura. Serán considerados como ÓRGANOS VITALES los siguientes: corazón, pulmón, hígado o riñón.

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

- Cáncer
- Infarto al Miocardio
- Afecciones de arterias coronarias que requiera puente coronario
- Insuficiencia renal
- Accidente Cerebro Vascular
- Esclerosis Múltiple

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.

CANCELACIÓN DE COBERTURAS

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 60 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.
4. Al indemnizar cualquier reclamación por concepto de estas coberturas.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a

13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **26 de abril de 2019**, con el número **PPAQ-S0001-0015-2019/CONDUSEF-003656-03**.

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 domingo de 8:00 a.m a 10:00 p.m.
o consulta segurosbanorte.com

