

Vida Apoyo en Vida ATM

Para reporte de siniestro llama al

01 800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a domingo de 8:00 a.m a 10:00 p.m.
o consulta banorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	6
CLÁUSULAS GENERALES	12
SERVICIOS DE ASISTENCIA	27

**CONDICIONES GENERALES
APOYO EN VIDA ATM**

DEFINICIONES

1. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.
2. **Contratante:** Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
3. **Accidente:** Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o su muerte, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.
4. **Asegurado:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y en su caso en los endosos correspondientes, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.
5. **Beneficiario:** Es la persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado o contratante como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
6. **Condiciones especiales de la póliza:** Son aquellas que, además de las generales, se agregan a la póliza condiciones particulares o especiales, y se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Prevalenciando estas sobre las primeras.
7. **Endoso:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que previo acuerdo entre las partes, adiciona beneficios para el Asegurado o modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
8. **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

9. **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.
10. **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

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza a los Beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

Terminación de la cobertura

Además de las causas establecidas en este contrato, esta cobertura termina, sin responsabilidad para la Compañía:

- a. Cuando a petición del Contratante y/o Asegurado, la Póliza no sea renovada.
- b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 65 años.

ANTICIPO POR ENFERMEDAD GRAVE

La Compañía indemnizará al Asegurado, con el 50% de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, de la cobertura de fallecimiento, **por concepto de anticipo** por enfermedad grave, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Hayan transcurrido tres meses de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación.
2. Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con

carácter de irrevocable. En caso de que el Asegurado hubiera designado beneficiarios irrevocables, éstos deberán notificar por escrito a la Compañía que están de acuerdo en que ésta indemnice al Asegurado de acuerdo a este beneficio;

3. En caso de que el asegurado requiera un proceso terapéutico de Revascularización coronaria (By-Pass) por cirugía, o se le diagnostique alguna de las siguientes enfermedades graves:
 - a. Infarto al Miocardio
 - b. Accidente vascular cerebral;
 - c. Cáncer;
 - d. Insuficiencia renal;
 - e. Insuficiencia Cardíaca;
 - f. Insuficiencia Hepática Crónica;
 - g. Insuficiencia Respiratoria Crónica.
4. Que le sea diagnosticado al Asegurado un estado de enfermedad terminal. Es decir, que al diagnosticarse cualquiera de los padecimientos indicados en el punto anterior, quede diagnosticado por un médico especialista, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el Consejo Mexicano de la especialidad, que las condiciones de salud del Asegurado pronostican su muerte dentro de un lapso no mayor a doce meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente. La Compañía podrá evaluar en todo momento, dicho diagnóstico en caso de que lo considere necesario.

Al momento de pagar el porcentaje pactado a causa de alguna de las enfermedades aquí mencionadas, no se indemnizará nuevamente por alguna otra enfermedad.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de **Anticipo por enfermedad grave**, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el remanente a los beneficiarios designados.

Para efectos de este contrato, se entiende por:

- c. **Infarto al Miocardio**
Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (Miocardio), provocada por la reducción de la luz de alguna arteria, y que conlleva

a una irrigación inadecuada de la parte afectada.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

- Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
- Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
- Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago de este beneficio cuando:

- El infarto del miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos tres primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología.
- El infarto del miocardio determine incapacidad médica permanente, para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

- d. Revascularización coronaria (By-Pass) por cirugía
Operación quirúrgica con tórax abierto que se utiliza para la corrección del estrechamiento o el bloqueo de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (By-Pass); ya sean venas o arterias para la revascularización del miocardio.

La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.

Quedan específicamente excluidos cualquier otro tipo de tratamiento o intervención (por ejemplo la angioplastia, la trombólisis, los stents)

- e. Accidente vascular cerebral
Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas neurológicas, que duren más de 24 horas y ocasionen como consecuencia una invalidez permanente; se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales y embolia de una fuente extracraneal.

La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo certificado por el Consejo Mexicano de Neurología, mínimo seis semanas después del suceso.

- f. Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales.

Adicionalmente sólo se incluyen leucemia, linfomas y/o la enfermedad de Hodgkin.

El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de cáncer de piel, (excepto los melanomas malignos), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo e In Situ; así como el sarcoma de Kaposi.

- g. Insuficiencia renal
La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

- h. Insuficiencia Cardíaca;
La incapacidad del corazón para funcionar normalmente, es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardíaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización o, sólo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV de acuerdo a los valores establecidos por la (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% (veinticinco por ciento) o menos del ventrículo izquierdo.

- i. Insuficiencia Hepática Crónica;
La incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, en que las formas graves y la alteración de la función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el estado de coma.

Se considera terminal cuando se llega a la clase funcional Child C.

- j. **Insuficiencia Respiratoria Crónica**
A la pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedido de los pulmones , independientemente de la causa.

Exclusiones del beneficio de Anticipo por enfermedad grave.

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- 1. Intento de suicidio o lesión con intención;**
- 2. Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos;**
- 3. Enfermedades acompañadas por una infección por VIH (SIDA y cualquiera de los padecimientos derivados con esta enfermedad) durante el primer año de vigencia de este seguro.**

ANTICIPO POR GASTOS DE SEPELIO

La Compañía indemnizará al beneficiario designado o en caso de que hubiera varios beneficiarios el pago se hará a aquel que lo solicite, siempre que la suma asegurada a que tenga derecho en la cobertura de fallecimiento sea mayor o igual al importe del anticipo.

El anticipo será equivalente al 50% de la suma asegurada contratada estipulado en la carátula de la póliza en la cobertura de fallecimiento por concepto de anticipo por gastos de sepelio, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable.
- Y que el beneficiario presente el certificado de defunción del Asegurado.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura por fallecimiento, la Compañía haya pagado el beneficio de Anticipo por gastos de sepelio, procederá a descontar de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

La Suma Asegurada para esta cobertura en ningún caso será superior a 3 veces el salario Mínimo General Anual de la Ciudad de México.

Presentación de Reclamación para la cobertura de Fallecimiento

El beneficiario de esta cobertura deberá presentar:

- I. Copia de la caratula de la póliza o el ticket del cajero que recibió al momento de la contratación o el estado de cuenta con el cargo aplicado, si se encontrará en poder del beneficiario.
- II. Original del Formato de reclamación del siniestro.
- III. Copia certificada del acta de defunción.
- IV. Copia de identificación del asegurado y del beneficiario.

Presentación de Reclamación para el Anticipo por Enfermedad Grave:

- I. Identificación vigente del asegurado: credencial de elector o pasaporte.
- II. Declaración A y B (proporcionadas por la Compañía), avalado por el médico que certifique el diagnóstico de la enfermedad grave en estado terminal.
- III. Resultados de los exámenes clínicos y estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad (Ejemplo Reporte histopatológico).
- IV. Número de póliza, o copia de la caratula de la póliza o el ticket del cajero que recibió al momento de la contratación o el estado de cuenta con el cargo aplicado, si se encontrará en poder del beneficiario.

Presentación de Reclamación para el Anticipo por Gastos de Sepelio:

- I. Certificado de Defunción o Acta de Defunción del Asegurado
- II. Identificación Vigente del Asegurado (Fallecido): credencial de elector o pasaporte
- III. Identificación vigente del o los Beneficiarios: credencial de elector o pasaporte
- IV. Número de póliza, o copia de la caratula de la póliza o el ticket del cajero que recibió al momento de la contratación o el estado de cuenta con el cargo aplicado, si se encontrará en poder del beneficiario.

CLÁUSULAS GENERALES**PROTECCIÓN**

Es objeto de este contrato las coberturas básicas estipuladas en la caratula de la póliza y en su caso las coberturas que se agreguen como endosos al contrato.

CONTRATO

La caratula de la póliza, las condiciones generales, las condiciones especiales, las cláusulas adicionales y/o los endosos que se agreguen constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía, el Contratante y/o Asegurado.

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

Con el uso de su tarjeta de crédito o débito en los cajeros automáticos operados por el Banco ingresando su NIP, se entiende y se acepta que se sustituye a la firma autógrafa en atención a lo establecido por la legislación en materia de contratación de seguros a través de medios electrónicos, es decir cajeros automáticos. Por lo anterior, se ligara el seguro seleccionado a ese instrumento bancario para el pago de primas. Decidiendo sobre la frecuencia del pago de las primas.

El asegurado acepta que previo a la contratación del seguro, recibió la tarjeta de débito o crédito de la Institución bancaria, asignándole el NIP por lo que es la única persona autorizada para celebrar cualquier contrato de seguro en estos medios electrónicos. Liberando de responsabilidad a Seguros Banorte SA de CV y al Banco, por cualquier falla o uso indebido de su NIP.

El contratante acepta que el uso del NIP, sustituye la firma autógrafa, por lo que su uso para cualquier fin de los enumerados en este apartado, servirá como medio de autenticación de identificación y expresión de su voluntad para los fines antes mencionados.

FORMALIZACION DEL SEGURO

El contratante manifiesta que es su voluntad, proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del cajero electrónico, con cargo de primas a la tarjeta bancaria de débito o crédito usado en el cajero automático.

Por lo anterior; las partes aceptan que la contratación de este seguro, se realizó por medios electrónicos es decir, a través de un cajero automático.

La contratación del seguro se elaboró con estos medios electrónicos del cajero automático, 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 asegurado sabe y acepta que el presente seguro no genera ahorros ni intereses, por lo que no tiene valores garantizados ni el pago de rescate, no siendo necesario un estado de cuenta para este seguro.

Este seguro sólo tiene las coberturas básicas y el servicio de asistencia funeraria indicados en estas condiciones generales, por lo que las partes aceptan que no es posible contratar alguna otra cobertura para este seguro.

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.

BENEFICIARIOS

El asegurado está de acuerdo en que los beneficiarios de este seguro de vida, sean las mismas personas designadas previamente por él, como beneficiarias en el contrato de cuenta corriente celebrado con el Banco.

Si durante la vigencia del seguro, el asegurado desea efectuar un cambio de beneficiarios, podrá solicitarlo llamando a la línea de atención de la Compañía, que aparecen al final de estas Condiciones Generales. Procediendo la Compañía a emitir el endoso correspondiente.

NOTIFICACIONES ELECTRONICAS 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. Cualquier contratación o cancelación o modificación de beneficiarios en el seguro contratado;
- II. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;
- III. Instrucciones para transferencias de recursos dinerarios a cuentas de la Compañía por concepto de pago de primas;
- IV. Alta y/o modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;
- V. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente

contratado;

- VI. Desbloqueo de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP), así como para la reactivación del uso de los servicios de Operaciones Electrónicas;
- VII. Modificación de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) por parte del Usuario.

Por motivos de seguridad, el asegurado sólo podrá contratar un seguro de vida en cajeros automáticos, cuyo pago de prima esté ligado a una tarjeta bancaria.

DOCUMENTACION CONTRACTUAL

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 siguientes medios:

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. El Asegurado puede consultar las Condiciones Generales en el portal de la Compañía: www.seguros.banorte.com.mx o en www.banorte.com
3. En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.
4. Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.

Si el asegurado o contratante, no recibe dentro de los 30 días naturales a la contratación del seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía. Comunicándose al teléfono 01 800 500 25 00 a fin de que se le informe cómo obtenerlas sin costo, a través de un portal de internet de la Compañía o mediante Correo Electrónico o al domicilio actual.

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
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.
- Los Tribunales competentes.

DISPUTABILIDAD

Este seguro no es disputable.

INDISPUTABILIDAD

Al no existir cuestionario previo, no existen omisiones o reticencias que; sin mala fe, el contratante o asegurado haya tenido al efectuar la declaración de seguro, con base en las cuales se ha emitido y formalizado la póliza, por lo que no le resultaran perjudiciales al asegurado.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años del seguro, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido su estado mental o físico, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

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.

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.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo

deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

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

sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago.

INMUTABILIDAD

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

VIGENCIA

La vigencia de este 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 y continuaran vigentes mientras la póliza no sea cancelada o cuando la prima haya sido pagada en tiempo.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

Dichos plazos empezarán a contar 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.

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.

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 haya transcurrido más de seis meses, desde la fecha del último pago realizado por concepto de prima.
- El Asegurado deberá reunir las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía a la fecha en que se solicite la rehabilitación.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar por escrito la rehabilitación.
- Una vez que la Compañía haya aceptado el Riesgo, el Contratante y/o Asegurado se obligará a pagar las primas y los costos que se hubieren generado por concepto de la rehabilitación en una sola exhibición.

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada.

MODIFICACIONES

Las modificaciones a este contrato, se harán previo acuerdo entre las partes, modificaciones que constarán por escrito mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,

tal y como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o Asegurado podrán 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).

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

NOTIFICACIONES

El Contratante, Asegurado y/o beneficiario (s) podrán enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación de la Compañía notificar a El Contratante, Asegurado y/o beneficiarios cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza, de conformidad a lo estipulado en las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Es obligación del Contratante y Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio de correo electrónico que tuvieran durante la vigencia de la póliza, ya que toda comunicación que la Compañía le haga al Contratante y/ o Asegurado, la dirigirá a la última dirección que de ellos tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales.

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

LIQUIDACIÓN

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 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.

TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.
- Cuando el Contratante solicite la cancelación anticipada de la póliza a la Compañía. Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, en el cajero automático o al teléfono 01 800 500 2500 la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado, la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el período ya pagado.

La fecha de vencimiento del último período pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

La Compañía emitirá un folio de cancelación, desde el momento que el asegurado o contratante lo solicite vía cajero automático o telefónicamente.

BENEFICIARIOS

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios señalando en forma clara y precisa el nombre completo de cada uno de ellos, así como el porcentaje de la suma asegurada que les corresponde, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

Para los efectos del contrato de seguro; la designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro; por lo que son ineficaces las designaciones, para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otras; por ejemplo "a los hijos menores de edad del Asegurado".

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y/o el porcentaje a modificar en su caso.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del Seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de la que tenga conocimiento, quedando con dicho pago

liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

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

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, antes o al mismo tiempo de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada que se le(s) haya asignado, se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada correspondiente a dicho(s) beneficiario(s) se pagará a su sucesión.

Si sólo se hubiera designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación. En caso de que el Asegurado no hubiese hecho la designación de beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión de éste.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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 toda la suma asegurada.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

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.

EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro estipulada en la póliza correspondiente.

LIMITES DE EDAD

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida; dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si la edad declarada es mayor que la verdadera la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligado a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la

edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. (Artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las edades de aceptación de la cobertura básica se presentan en la siguiente tabla:

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación (años)
18	64	65

DESCUENTOS DE EDAD

No aplica descuentos en edad.

VALORES GARANTIZADOS

Con apego al artículo 195 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se establece que, el seguro temporal cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la Compañía a conceder valores garantizados para el caso de muerte.

Derivado de lo anterior la Compañía no concederá valores garantizados a este seguro.

PAGO DE PRIMAS

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

Las primas correspondientes a esta póliza son anuales, venciendo éstas en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS

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 de la indemnización, el monto total de la prima pendiente de pago.

LUGAR DE PAGO

Las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Compañía a la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado, previa obtención de la autorización respectiva, 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.

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.

DESCUENTO POR NOMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO)

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 vigencia del recibo. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá de recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención; al número telefónico 01 800 500 2500 para reportarlo.

RENOVACIÓN

El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho a renovar esta cobertura por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda la edad máxima de aceptación en la fecha de renovación.

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Asegurado comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de

anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado a la fecha de renovación.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

AVISO DE SINIESTRO

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario deberá notificar a la Compañía, 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 y de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma. Para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigirle, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

SERVICIOS DE ASISTENCIA**ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL
SERVICIO FUNERARIO**

Para efectos de esta Asistencia el beneficiario será el propio asegurado.

Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte (en adelante La Compañía), a través de EL PRESTADOR contratado, proporcionará al asegurado, beneficiario, familiar o deudo que corresponda, los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio nacional.

La Compañía, a través de EL PRESTADOR, en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios las 24 horas del día los 365 días del año.

Es de precisar que la Compañía es la única responsable frente al asegurado o beneficiario por la actuación del prestador de servicios de asistencia, en

virtud de que es la Compañía quién ofrece dichos servicios de asistencia.

El Servicio Funerario contratado estará estipulado en la carátula de la póliza.

En caso de muerte del Asegurado, EL PRESTADOR proporcionará los siguientes servicios:

- Realizar los respectivos trámites legales ante las autoridades competentes.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad.
- Proveer al beneficiario un féretro metálico de corte lineal.
- Brindar el servicio de Tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación)
- Proveer la utilización de salas de velación o servicio a domicilio en el lugar en que indique el beneficiario.
- Decorar las salas de velación con sus respectivos arreglos florales (2 laterales y 1 cubre cofre)
- Celebración del servicio religioso a cargo de un Ministro del culto indicado por el beneficiario y/o su familia
- Servicio de Cremación con Urna incluida

RIESGOS NO CUBIERTOS ÚNICAMENTE PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL
Catástrofes naturales, guerra, sedición, motín, huelga, asonada, declaradas o no.

ASISTENCIA FUNERARIA NACIONAL

Atención las 24 horas del día los 365 días del año.

**Ciudad de México, Área Metropolitana e
Interior de la República Mexicana
01 55-5809-4502**

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 4 de noviembre de 2015, con el número CNSF-S0001-0415-2015/CONDUSEF-000818-01.

*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 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0001-0200-2016 y a partir del día 5 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0001-0131-2016.

LEGISLACION CITADA**Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

Artículo 60.- La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos.

Tratándose de diferencias que surjan respecto al cumplimiento de fideicomisos, la Comisión Nacional sólo conocerá de las reclamaciones que presenten los fideicomitentes o fideicomisarios en contra de los fiduciarios.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el

inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

ARTICULO 276.- Ya transcrito.

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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.

ARTÍCULO 278.- Los seguros de caución que las Instituciones de Seguros otorguen a favor de la Federación, del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, se harán efectivos, a elección del asegurado, haciendo valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o bien, ante los tribunales competentes, siguiendo los procedimientos establecidos en las disposiciones legales aplicables. Estos asegurados también podrán optar por requerir las indemnizaciones derivadas de los seguros de caución de acuerdo con las disposiciones que a continuación se señalan y de conformidad con las bases que fije el Reglamento de este artículo, excepto tratándose de los seguros de caución que se otorguen a favor de la Federación para garantizar indemnizaciones relacionadas con el incumplimiento de obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación:

- I. Las Instituciones de Seguros estarán obligadas a enviar, según sea el caso, a la Tesorería de la Federación, a la Tesorería del Gobierno del Distrito Federal, o bien a las autoridades estatales o municipales que correspondan, una copia de todos los certificados de seguro de caución que expidan a su favor. El cumplimiento de esta obligación podrá pactarse mediante el uso de los medios a que se refiere el artículo 214 de esta Ley;
- II. Al hacerse exigible un seguro de caución a favor de la Federación, la autoridad que lo hubiere aceptado, con domicilio en el Distrito Federal o bien en alguna de las entidades federativas, acompañando los comprobantes para exigir el monto de la indemnización líquida conforme a lo previsto en el certificado de seguro de caución, deberá comunicarlo a la autoridad ejecutora más próxima a la ubicación

donde se encuentren instaladas las oficinas principales, sucursales, oficinas de servicio o bien a la del domicilio del apoderado designado por la Institución de Seguros para recibir requerimientos de pago, correspondientes a cada una de las regiones competencia de las Salas Regionales del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa.

La autoridad ejecutora facultada para ello en los términos de las disposiciones que le resulten aplicables, procederá a requerir de pago, en forma personal, o bien por correo certificado con acuse de recibo, a la Institución de Seguros, de manera motivada y fundada, acompañando los comprobantes para exigir el monto de la indemnización líquida conforme a lo previsto en el certificado de seguro de caución, en los establecimientos o en el domicilio del apoderado designado, en los términos a que se hace cita en el párrafo anterior.

Tratándose del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, el requerimiento de pago, lo llevarán a cabo en los términos anteriores, las autoridades ejecutoras correspondientes.

En consecuencia, no surtirán efecto los requerimientos que se hagan a los agentes de seguros, ni los efectuados por autoridades distintas de las ejecutoras facultadas para ello;

- III. Dentro de un plazo de treinta días contado a partir del día siguiente a aquél en que surta efectos la notificación del requerimiento de pago, la Institución de Seguros deberá comprobar, ante la autoridad ejecutora correspondiente, que hizo el pago o que demandó la nulidad del requerimiento de pago, en los términos de la fracción IV de este artículo.

En caso contrario, dentro de los veinticinco días hábiles siguientes al vencimiento de dicho plazo, la autoridad ejecutora de que se trate con conocimiento de la Institución de Seguros, solicitará a la Comisión que ordene se rematen valores propiedad de la Institución de Seguros, bastantes para cubrir el importe del requerimiento de pago, más la indemnización por mora que hasta ese momento se hubiera generado. La Comisión requerirá a la Institución de Seguros para que, en un plazo de cinco días hábiles, acredite haber hecho el pago correspondiente o demandado la nulidad del mismo, apercibiéndola de que de no comprobar alguno de esos supuestos ordenará el remate solicitado.

Si la Institución de Seguros se presenta a realizar el pago del importe requerido, deberá realizarlo junto con la indemnización por mora que hasta ese momento se hubiera generado, de conformidad con lo previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII del artículo 276 de esta Ley.

Para el remate de valores, la Comisión procederá a realizar las

siguientes acciones:

- a. Contar con los registros sobre las inversiones en valores de las Instituciones de Seguros autorizadas para operar los seguros de caución, y
- b. Ordenar, bajo apercibimiento de aplicación de la medida de apremio que para este supuesto se prevé con multa prevista en el artículo 472 de esta Ley, el remate o la transferencia de valores una vez transcurridos los cinco días hábiles otorgados a la Institución de Seguros sin que se haya acreditado el pago, para lo cual girará oficio al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores correspondiente, solicitándole llevar a cabo, dentro del plazo improrrogable de cinco días hábiles, el remate o la transferencia de los valores suficientes para cubrir el monto del requerimiento.

Del oficio al que se refiere el inciso b) anterior, deberá entregar copia a la Institución de Seguros, a efecto de que, previo a que fenezca el plazo otorgado, en su caso, manifieste ante la Comisión haber realizado el pago respectivo, informando también al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de que se trate, para los fines correspondientes.

Para los efectos previstos en esta fracción, la Comisión ordenará al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

Es obligación de los intermediarios del mercado de valores y de las instituciones para el depósito de valores, acatar la orden de remate o de transferencia de valores a un intermediario del mercado de valores para que éste proceda al mismo, que le notifique la Comisión, a efecto de que con el producto del remate adquieran el billete de depósito por el monto que corresponda, a nombre y disposición de la autoridad ejecutora de que se trate, el cual deberá hacerse llegar a la Comisión para que ésta lo entregue a dicha autoridad.

Si se incumple con dicha obligación se hará efectiva la medida de apremio que para dichos supuestos se prevé en el segundo, tercer y cuarto párrafo del artículo 472 de esta ley, y se ordenará nuevamente el remate o la transferencia de valores, para lo cual se otorgará un plazo adicional de cinco días para efectuarlo.

El incumplimiento de la orden en el plazo adicional de cinco días a que se refiere el párrafo anterior, será sancionado penalmente, conforme a lo dispuesto en el sexto párrafo del artículo 498 de esta Ley.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el tercer párrafo de este inciso b). Adicionalmente, en dichos contratos, deberá establecerse que el incumplimiento de la orden de remate o de transferencia será sancionado en términos del artículo 498.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en esta fracción.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley, a las demás disposiciones aplicables y a la competencia de la Comisión. El incumplimiento de las obligaciones previstas en este artículo, será sancionado por la Comisión conforme a este ordenamiento, con independencia de las demás responsabilidades que del mismo pudieran derivar;

- IV. En caso de inconformidad contra el requerimiento de pago, la Institución de Seguros, dentro del plazo de treinta días señalado en la fracción III de este artículo demandará la nulidad del requerimiento de pago ante la Sala Regional del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa de la jurisdicción que corresponda a la ubicación de los establecimientos o la del apoderado designado, a que se hace cita en la fracción II, primer párrafo, de este artículo, donde se hubiere formulado el citado requerimiento, debiendo la autoridad ejecutora o, en su caso, la Comisión, suspender el procedimiento de ejecución cuando se informe y compruebe que se ha presentado oportunamente la demanda respectiva, exhibiéndose al efecto copia sellada de la misma.

También se suspenderá dicho procedimiento cuando se informe y compruebe ante la ejecutora que, derivado de un medio de defensa

- legal pendiente de resolución firme, promovido por el contratante del seguro en el que se cuestione el cumplimiento de la obligación principal, se concedió la suspensión de la ejecución del certificado de seguro de caución;
- V. En el mismo requerimiento de pago que formule la autoridad ejecutora se apercibirá a la Institución de Seguros, de que si dentro de los plazos señalados en el presente artículo, no hace el pago de las indemnizaciones que se le reclaman, se le rematarán valores en los términos de este artículo;
- VI. El procedimiento de ejecución solamente terminará por una de las siguientes causas:
- Por pago voluntario;
 - Por haberse hecho efectivo el cobro en ejecución forzosa;
 - Por sentencia firme del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, que declare la nulidad del requerimiento de pago, o
 - Porque la autoridad que hubiere hecho el requerimiento se desistiere del cobro.
- Los oficios de desistimiento de cobro, necesariamente deberán suscribirlos los funcionarios facultados o autorizados para ello;
- VII. En caso de que la Institución de Seguros sostenga que una póliza o certificado de seguro de caución sean falsos, la Comisión sólo suspenderá o dará por terminado el procedimiento de remate de valores, por resolución expresa que reciba del Ministerio Público o del Juez que conozca del asunto, o bien cuando la Comisión hubiera emitido la opinión a que se refiere el artículo 494 de este ordenamiento, en el sentido de que podría constituirse el delito previsto en el artículo 506, fracción IV, de esta Ley;
- VIII. Cuando se haga efectivo un seguro de caución conforme al procedimiento de ejecución establecido en este artículo, la indemnización por mora deberá pagarse de conformidad con lo previsto en el segundo párrafo de la fracción VIII del artículo 276 de esta Ley, y
- IX. En la determinación del monto del requerimiento por la obligación principal, así como de la indemnización por mora, se considerarán, inclusive, las fracciones del peso como unidad del sistema monetario nacional. No obstante, para efectuar los pagos, los montos que comprendan fracciones de peso se ajustarán a la unidad inmediata inferior cuando contengan cantidades de 1 hasta 50 centavos; de la misma forma, los que contengan cantidades de 51 a 99 centavos, se ajustarán a la unidad inmediata superior.

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 25.- 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 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el 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 empresa aseguradora.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta

CONDICIONES GENERALES

días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio. Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.

Artículo 171.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Artículo 195.- El seguro temporal cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la empresa a conceder valores garantizados, para el caso de muerte.