

Vida Autoestrene (72 meses)

Para reporte de siniestro llama al
800 500 2500
en donde recibirás atención rápida y personalizada de
lunes a viernes de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.
y sábados de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
o consulta banorte.com



DEFINICIONES	3
COBERTURA BÁSICA	6
COBERTURA ADICIONAL	7
CLÁUSULAS GENERALES	12

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
AUTOESTRENE (72 MESES)
Condiciones Generales**

DEFINICIONES

COMPAÑÍA

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

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.

ASEGURADO

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

COACREDITADO

Persona física que simultánea o paralelamente; adquiere el mismo compromiso de pago, que el Asegurado acreditado por la firma del contrato de crédito automotriz.

CONTRATO DE CRÉDITO

Es aquél en virtud del cual, la Institución Bancaria que otorga el crédito (acreditante) se obliga a entregar una cantidad de dinero al cliente (acreditado) quien puede ser una persona física o una sociedad o empresa, obligándose el cliente a pagarle a la Institución Bancaria el dinero que le haya entregado, y todos los demás gastos a los que se haya comprometido y, en todo caso, a pagarle los intereses, gastos y comisiones en los que hayan estado de acuerdo.

CRÉDITO

Es una operación financiera; en la que una persona o Institución cede un dinero a otra, la cual deberá devolvérselo en un tiempo determinado más los intereses pactados en el contrato.

CRÉDITO AUTOMOTRIZ

Se refiere el préstamo para la compra de un automóvil o motocicleta o cualquier vehículo motorizado, que cuente con los permisos necesarios de las autoridades competentes que lo consideren apto para la circulación en las vías generales de comunicación del territorio nacional.

BENEFICIARIO

Persona(s) designada(s) por el Asegurado, como titular(es) de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas. En este caso, el beneficiario será específicamente, Banco Mercantil del Norte, S.A.

CÓNYUGE

Se considerará como cónyuge a la esposa o esposo; concubina o concubinario del Asegurado de conformidad con lo establecido en el Código Civil Federal.

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

Son aquellas que, además de las generales, agregan al contrato condiciones particulares, prevaleciendo estas sobre las primeras.

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 y forma parte de éste.

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 naturales siguientes a la fecha del accidente.

No se considerarán accidente las lesiones corporales o la muerte del Asegurado provocadas intencionalmente por él.

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

PÉRDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

Por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se entenderá por incapacidad total y permanente la pérdida de facultades de una persona, que lo imposibiliten para desempeñar las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente, dictaminada por los servicios de salud competentes.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de un accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia de la cobertura contratada y, que por un periodo de tres meses continuos, le genere una incapacidad total y permanente al Asegurado. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en al menos un 50% con respecto al de su trabajo habitual.

Además, se considerará que el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia de la cobertura contratada, padezca alguno de los puntos que se indican a continuación:

1. La pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos.
2. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambas manos.
3. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambos pies.
4. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y un pie.

5. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y la vista de un ojo.
6. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se tomará en consideración el periodo de espera de tres meses.

SALDO INSOLUTO

Es el monto de la deuda que el Asegurado tiene con la Institución Bancaria a la fecha del siniestro, de acuerdo a lo establecido en la “Tabla de Amortización” expedida al momento de contratar el crédito por la Institución Bancaria.

Que en dicho monto se incluyen los accesorios (intereses normales e I.V.A).

MÉDICO

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

ENFERMEDAD

Se entenderá por enfermedad la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible; que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

COBERTURA BÁSICA

RIESGOS CUBIERTOS

FALLECIMIENTO

Si el Asegurado o su Cónyuge/ Coacreditado fallecen durante la vigencia del seguro contratado; la Compañía pagará como Suma Asegurada, el saldo insoluto de la deuda que corresponda a la fecha del siniestro, de acuerdo a lo establecido en la “Tabla de Amortización” expedida por la Institución Bancaria al momento de contratar el crédito automotriz.

Si el Asegurado y su Cónyuge/Coacreditado sobreviven al término del plazo, la cobertura concluirá sin ninguna otra obligación para la Compañía.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
- b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 81 años.
- c. Al término del crédito.
- d. Cuando se pague la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PAI).

Documentos para hacer la reclamación de fallecimiento en caso de siniestro:

- Solicitud de reclamación legible proporcionada por la Compañía.*
- Identificación oficial vigente legible del reclamante.*
- Identificación oficial vigente legible del asegurado, si existiera o la tuviera el beneficiario.*
- Acta de defunción legible.*
- Si la causa de la defunción es violenta deberá proporcionar las Actuaciones del Ministerio Público legibles.*

Adicionalmente si el fallecimiento ocurre dentro de los dos primeros años del crédito, agregar:

- Formato de declaración 1 y 2 legible proporcionado por la Compañía.*
- Comprobante de domicilio legible del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial).*
- En caso de muerte accidental, certificado de defunción legible.*

COBERTURA ADICIONAL

PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAI)

Si el Asegurado o su Cónyuge/Coacreditado sufren un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará como Suma Asegurada el saldo insoluto de la deuda que corresponda a la fecha del siniestro, de acuerdo a lo establecido en la “Tabla de Amortización” expedida por la Institución Bancaria al momento de contratar el crédito, pago que se efectuará después de transcurrido un período de espera de 3 meses contados a partir de la fecha en que se diagnostique el estado de

invalidez total y permanente.

Se considerará que el Asegurado o su Cónyuge/ Coacreditado sufren un estado de invalidez total y permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, padezca alguno de los puntos que se indican a continuación.

1. La pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos.
2. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambas manos.
3. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de ambos pies.
4. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y un pie.
5. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de una mano y la vista de un ojo.
6. La amputación quirúrgica o traumática, o la pérdida total del funcionamiento de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se tomará en consideración el periodo de espera de tres meses.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
- b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior, a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 76 años.
- c. Al término del crédito.

Riesgos No Cubiertos por las coberturas de Invalidez Total y Permanente.

1. **Accidente ocurrido al Asegurado o a su Cónyuge/ Coacreditado 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 ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.

2. **Accidente ocurrido cuando el Asegurado o su Cónyuge/ Coacreditado se encuentren en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
3. **Invalidez sufrida por el Asegurado o su Cónyuge/ Coacreditado en riña, siempre que éstos hayan provocado tal hecho.**
4. **Invalidez ocurrida por culpa grave del Asegurado o su Cónyuge/Coacreditado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, droga o enervante, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Invalidez del Asegurado o de su Cónyuge/Coacreditado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, por actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
6. **Invalidez sufrida por el Asegurado o su Cónyuge/ Coacreditado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Invalidez o pérdida orgánica del Asegurado o de su Cónyuge/Coacreditado como consecuencia de lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental, incluso las infringidas entre los cónyuges.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado o su Cónyuge/Coacreditado 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. Invalidez del Asegurado o de su Cónyuge/Coacreditado como consecuencia de inhalar gas tóxico de cualquier tipo, a menos que se demuestre que fue accidental.

10. Invalidez del Asegurado o de su Cónyuge/Coacreditado como consecuencia de sufrir estado de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado y/o a su Cónyuge/Coacreditado.

PRUEBAS.

Las bases que la Compañía empleará, para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de invalidez total y permanente, son las siguientes:

Para hacer efectivo el pago de esta cobertura, se deberá entregar a la Compañía un dictamen médico de Invalidez Total y Permanente, expedido por una Institución de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, u otra del tipo) o en su defecto por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañado con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Invalidez Total y Permanente.

Si el documento que comprueba el estado de invalidez total y permanente es expedido por IMSS o ISSSTE, Sector Salud o institutos médicos gubernamentales y el Asegurado o Cónyuge/Coacreditado es el titular Asegurado de dichos Institutos, no aplicará el periodo de espera de 3 meses para la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

Adicionalmente deberán presentar a la Compañía, las formas de declaración que ésta le proporcione.

Al tramitarse alguna reclamación la Compañía tendrá derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado y/o de su Cónyuge/Coacreditado.

La obstaculización por parte del Asegurado, o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación de hechos, de los cuales se pueda derivar una obligación para la Compañía, originará que cesen automáticamente los Beneficios de esta cobertura.

En caso de que la Compañía determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Así mismo, si la enfermedad o accidente, que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse, utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el siniestro, podrá declinarse el mismo, sí dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Documentos para hacer la reclamación en caso de siniestro:

- Acta de nacimiento legible del Asegurado.*
- Identificación oficial legible de Asegurado. *
- Formato de Invalidez expedida por el IMSS (la forma ST3, o la similar que otorga el ISSSTE), en caso de que el Asegurado no tenga ninguna protección social (IMSS o ISSSTE, Sector Salud o institutos médicos gubernamentales), carta formal de la Institución ó Médico que declara la Invalidez Total y Permanente por causa de accidente o enfermedad y Declaraciones A y B legibles (formatos proporcionados por la Compañía). *
- Actuaciones del Ministerio Público legibles. *

CLÁUSULAS GENERALES**PROTECCIÓN**

Es objeto de este contrato, únicamente las coberturas básica y adicional estipuladas en la carátula de la póliza.

CONTRATO DE SEGURO

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 Asegurado.

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.

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 beneficiario, el Asegurado o sus causahabientes podrán dirigirse a las siguientes instancias:

1. Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía,
2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros,
3. Los Tribunales Competentes

INDISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurridos dos años ininterrumpidos a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Asegurado, al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, 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 de Seguro no está sujeto a restricciones de residencia, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS

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 tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros. **

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

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

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado 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, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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 de Seguro, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

INTERÉS MORATORIO

“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.

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.”

EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

DESCUENTOS A LA EDAD

Este Contrato de Seguro no considera para el cálculo de la prima, ningún descuento en la edad real del Asegurado.

EDAD FUERA DE LÍMITE

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

Las edades de aceptación, se presentan en la siguiente tabla:

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Edad de Cancelación Automática
Fallecimiento	18 años	75 años	81 años
PAI	18 años	70 años	76 años

La cobertura será cancelada en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad estipulada como de cancelación automática.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que sea obligatorio el pago indemnizatorio.

INMUTABILIDAD

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

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.

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 sólo 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 de Seguro hubiesen cesado por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado ajustándose a lo siguiente:

a) Si la rehabilitación es solicitada en un período no mayor a 45 días contados a partir de la fecha de cancelación por falta de pago, el Contratante deberá solicitar dicha rehabilitación por escrito, acompañada de una carta de NO SINIESTRALIDAD y del pago correspondiente.

b) Si la rehabilitación es solicitada, en un período mayor a 45 días contados a partir de la fecha de cancelación por falta de pago, esta NO se llevará a cabo, no obstante, el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva póliza.

MODIFICACIONES

Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

NOTIFICACIONES

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

Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado, deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento.

Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

LIQUIDACIÓN

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.

El asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir a la Compañía, pagar al acreditante beneficiario el importe de la suma asegurada.

La suma asegurada siempre será igual al saldo insoluto del crédito; por esta razón, en ningún caso existirá un remanente que se pueda pagar al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

La Compañía se obliga a notificar al acreditado asegurado y/o a sus causahabientes, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad 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.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro termina sin responsabilidad posterior para la Compañía, con la liquidación de la cobertura procedente, por la expiración de la vigencia del seguro o por llegar el Asegurado a la edad de cancelación automática o por la terminación del contrato de crédito.

TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía. La cancelación surtirá efectos a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Este Contrato de Seguro 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 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

PRIMAS

El pago de la prima correspondiente a esta póliza es prima única, venciendo la prima en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Se entiende como **Prima Única**, al valor del seguro contratado por toda la vigencia del contrato de crédito y deberá pagarse por el Contratante en un pago único.

PAGO DE PRIMAS

El Contratante y su Coacreditado serán los responsables ante la Compañía del pago de la prima.

Las primas convenidas en este Contrato de Seguro, deberán ser pagadas a su vencimiento.

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

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

VALORES GARANTIZADOS

Este Contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

Por esta razón, si el Contratante cancelará la póliza antes del fin de vigencia, la Compañía no le devolverá ninguna cantidad, lo anterior con apego al artículo 195 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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. En observancia de los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de la contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

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

- a) 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.
- b) En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía (UNE).
- c) Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.

En todos los casos, la Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados así como de los medios utilizados para tal efecto. La entrega del condicionado general que integra el seguro que nos ocupa será entregada en primera instancia por escrito a los solicitantes, contratantes o asegurado previo consentimiento expreso elija por así convenir a sus intereses que le sea entregada la documentación contractual en formato PDF, o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea, sin que ello obste que de forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx; o en www.banorte.com; o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500.

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 **15 de enero de 2019**, con el número **CGEN-S0001-0116-2018**.

CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS**MEDIOS ELECTRÓNICOS**

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

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

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

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

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

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

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

FORMALIZACIÓN DEL SEGURO

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

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

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

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

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

- Un número de folio de confirmación que corresponde a la solicitud y aceptación de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, para que pueda consultar las condiciones generales del producto;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros, quejas, para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente.
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

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

NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO

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

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

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

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

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 **13 de mayo de 2020**, con el número **CGEN-S0001-0096-2020**.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS*

MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

El uso de los medios de aceptación e identificación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 214 de

la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás relativos y aplicables del Código Civil Federal.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA QUE DEBERÁ PRESENTAR EL RECLAMANTE EN CASO DE SINIESTRO

En el caso que las condiciones generales especifiquen original o copia certificada de algún documento, si la reclamación se realiza a través de algún medio electrónico que para este efecto tenga la Compañía de Seguros, no será necesario que el reclamante presente el original ni la copia certificada, bastará con la presentación del documento legible por el medio electrónico a través del que se esté presentando la reclamación.

En caso de reclamación por siniestro, el o los beneficiarios deberán presentar ante la Compañía de Seguros los formatos de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen por parte de la Compañía, en las que deberán consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirán con su firma electrónica o digital bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación se exhibirán las pruebas que obren en su poder y/o las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener.

La Compañía de Seguros a su costa tendrá derecho de solicitar a los beneficiarios las pruebas e informes que considere necesarias relacionadas con el siniestro, ya sea por prevención de lavado de dinero o de cumplimiento interno de la Institución, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente.

La Compañía de Seguros tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Compañía de Seguros practique, liberarán a la Compañía de Seguros de cualquier responsabilidad u obligación derivadas del presente contrato, sea el o los beneficiarios o los representantes legales de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La Compañía de Seguros, con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

El uso de internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes

de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de las claves y contraseñas asignadas al Contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio.

*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 **21 de octubre de 2022**, con el número **CGEN-S0001-0190-2022**.

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 **12 de octubre de 2018**, con el número **CNSF-S0001-0530-2018/CONDUSEF-003227-03**.

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 **3 de enero de 2022, con el número **RESP-S0001-0046-2021**.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas 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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

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

LEGISLACIÓN 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.

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.

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

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.