

Vida Crediseguro Banorte

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 POR MUERTE	6
EXCLUSIONES GENERALES	6
COBERTURAS ADICIONALES	7
CLÁUSULAS GENERALES	20

**CONDICIONES GENERALES
CREDISEGURO BANORTE**

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:** Persona moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro y que se compromete a enterar a la Compañía el importe de las primas correspondientes al grupo asegurado.
3. **Contrato:** La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, el registro de Asegurados, los consentimientos y certificados individuales, las cláusulas especiales y los endosos que se agreguen, forman parte y constituyen pruebas del Contrato de Seguro, celebrado entre el Contratante y la Compañía y cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes del Grupo Asegurado contra riesgos propios de la operación de vida.
4. **Grupo asegurable:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
5. **Grupo asegurado:** El Grupo Asegurado es el conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Compañía, por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Compañía
6. **Acreditado:** Persona física que tiene celebrado con el Contratante un contrato de Crédito Revolvente el cual se encuentra vigente.
7. **Asegurado:** Es el Acreditado que cumple con los siguientes requisitos:
 - Tiene celebrado un contrato de Crédito Revolvente con el Contratante el cual se encuentra vigente;
 - Ha otorgado su consentimiento para ser incluido en este seguro; y
 - Su edad en la Fecha Efectiva se encuentra comprendida dentro

de las Edades de Admisión, especificadas en el Certificado y en la carátula de la póliza.

8. **Comisión:** Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
9. **Beneficio:** Es la suma asegurada que la Compañía se obliga a pagar de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza y en el Certificado para cada una de las coberturas contratadas hasta por el Monto Máximo del Seguro.
10. **Beneficiario:** Persona(s) designada(s) por el Asegurado en el documento idóneo, como titular de los derechos de indemnización que en dicho documento se establecen.
11. **Prima neta*:** Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza especificados en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.
12. **Costo de adquisición*:** Es el porcentaje de la prima, que por concepto de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

COBERTURA BÁSICA POR MUERTE

RIESGO CUBIERTO

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará como Beneficio la cantidad de \$30,000.00 M.N.

El Beneficio se pagará al Beneficiario designado por el Asegurado, o en su defecto, a la sucesión del Asegurado.

EXCLUSIONES GENERALES

RIESGOS NO CUBIERTOS

Este seguro no cubre la muerte del Asegurado causada por:

1. **Suicidio, sin importar el estado mental del asegurado, que haya sucedido dentro de los primeros dos años a partir de la Fecha Efectiva del Certificado de seguro.**
2. **La cobertura de este seguro quedará sin efecto si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubre que su edad, en la Fecha Efectiva, estaba fuera de los límites de Edades de Admisión**

establecidos en el Certificado y en la carátula de la póliza. En este caso la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Beneficiario designado por el Asegurado o en su defecto a la sucesión del Asegurado el importe de la prima pagada y el Certificado quedará cancelado.

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago de Beneficios por parte de la Compañía, el Contratante deberá presentar a la Compañía las siguientes pruebas:

1. Declaración de siniestro a la Compañía en los formatos que la Compañía proporcione.
2. Original del Acta de Defunción del Asegurado.
3. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
4. Original de identificación oficial del Asegurado.
5. Original y copia de la identificación oficial y de las Actas de Nacimiento de los beneficiarios.
6. Original del Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
7. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el pago de la Prima.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado o el Beneficiario, o el representante de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación e información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

COBERTURAS ADICIONALES**ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****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 o las lesiones ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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 los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

La Compañía pagará al Beneficiario designado por el Asegurado la proporción del Beneficio contratado, cuyo monto asciende a \$30,000 pesos M.N., de acuerdo a la tabla de indemnizaciones que se transcribe a continuación, si a consecuencia de un accidente amparado ocurrido durante la vigencia del seguro y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente, el Asegurado fallece o sufre alguna(s) de las siguientes pérdidas orgánicas:

Tabla de indemnizaciones:

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%

Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada en esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriendo, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

El Beneficio se pagará al Asegurado y, en caso del fallecimiento de éste, al Beneficiario designado por el Asegurado o, en su defecto, a la sucesión del Asegurado.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad 70.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante**

- o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
 6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
 7. **Lesiones autoinfringidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
 8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
 9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
 11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
 12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago de Beneficios por parte de la Compañía, el Contratante deberá presentar a la Compañía las siguientes pruebas:

1. Declaración de siniestro a la Compañía en los formatos que la Compañía proporcione.
2. Original del Acta de Defunción del Asegurado.
3. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
4. Original de identificación oficial del Asegurado.
5. Original y copia de la identificación oficial y de las Actas de Nacimiento de los beneficiarios.
6. Original del Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
7. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el pago de la Prima.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o el representante de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación e información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ENDOSO DE INVALIDEZ TOTAL POR ACCIDENTE CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

INVALIDEZ TOTAL POR ACCIDENTE

Se entenderá por Invalidez Total por Accidente:

La incapacidad total que sufra el Asegurado a causa de un accidente, que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

PERÍODO DE ESPERA

Es el período de 30 días naturales que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto bajo los beneficios adicionales de Invalidez Total por Accidente y Desempleo Involuntario, que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

CRÉDITO REVOLVENTE

El crédito en cuenta corriente abierto por el Contratante a favor del Asegurado, en cuyos términos el Asegurado, en su carácter de Acreditado, puede disponer de la línea de crédito.

PERÍODO DE CARENIA

Es el período de 60 días que deberá transcurrir a partir de la Fecha Efectiva del Certificado para que el Asegurado se encuentre cubierto bajo los beneficios adicionales de Invalidez Total por Accidente y Desempleo Involuntario.

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

A efecto de reducir o liquidar la deuda del Asegurado por el Crédito Revolvente que le haya otorgado el Contratante, la Compañía pagará al Contratante los Beneficios correspondientes a la cobertura en el caso en que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total por Accidente durante la vigencia del seguro.

Los Beneficios se harán efectivos siempre y cuando:

- La Invalidez Total ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia de 60 días.
- El Asegurado permanezca en estado de Invalidez Total por Accidente en forma continua durante el Período de Espera de 30 días.

Si la Invalidez Total por Accidente ocurre durante el Período de Carencia de 60 días, la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de las primas pagadas y el Certificado quedará cancelado.

BENEFICIOS

El Beneficio Mensual consistirá en el pago al Contratante del Pago Mínimo Mensual existente al cierre del Estado de Cuenta del mes en el que ocurra la Invalidez Total por Accidente, hasta por la cantidad de \$2,200.00 M.N. mensuales, por un número máximo de hasta 6 pagos mensuales sucesivos.

El pago de Beneficios se iniciará una vez transcurrido el Período de Espera de 30 días, y se hará retroactivo a la fecha en que haya ocurrido la Invalidez Total por Accidente.

La Compañía terminará el pago de beneficios al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Que el Asegurado fallezca;
- b. Que termine el estado de Invalidez Total por Accidente;
- c. Al quedar liquidado el Saldo que haya existido en la fecha en que ocurrió la Invalidez Total por Accidente;
- d. Al haberse efectuado 6 pagos mensuales.

RIESGOS NO CUBIERTOS

La cobertura no ampara:

- 1. Los créditos otorgados al Asegurado con posterioridad a la fecha en que le ocurra la Invalidez Total por Accidente.**

- 2. La Invalidez Total por Accidente resultante de intento de suicidio, o de lesiones o enfermedades que se provoque intencionalmente el Asegurado.**
- 3. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se concluye que ocurrieron a consecuencia de encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol o estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.**
- 4. La Invalidez Total por Accidente resultante de incidentes o catástrofes nucleares, desastres naturales, actos de terrorismo o actos de guerra, (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo).**
- 5. La Invalidez Total por Accidente resultante de actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- 6. La Invalidez Total por Accidente resultante de Padecimientos Preexistentes.**

Se considerará Padecimiento Preexistente una alteración de la salud:

- a. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la Fecha Efectiva; y/o
- b. Sobre la cual se haya emitido un diagnóstico médico antes de la Fecha Efectiva; y/o
- c. Por la cual se haya efectuado un gasto para su tratamiento antes de la Fecha Efectiva.

La cobertura de este seguro quedará sin efecto si con posterioridad a la Invalidez Total por Accidente del Asegurado se descubre que su edad, en la Fecha Efectiva, estaba fuera de los límites de Edades de Admisión establecidos en el Certificado y en la carátula de la póliza.

En este caso la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada y el Certificado quedará cancelado.

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago de beneficios por parte de la Compañía, se le deberá presentar un dictamen de la Invalidez Total por Accidente expedido por una Institución de Seguridad Social 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 por Accidente.

Adicionalmente el Contratante deberá presentar a la Compañía, las formas de declaración que ésta le proporcione.

Al tramitarse alguna reclamación la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado. Asimismo, tendrá el derecho de solicitar pruebas de que continúa el estado de Invalidez Total por Accidente, durante el periodo de pago del Beneficio.

La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo la comprobación hechos de los cuales se derive una obligación para la Compañía, originará que cesen automáticamente los Beneficios de la 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, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.*

El asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.*

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral.*

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;*

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.*

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.*

ENDOSO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ASEGURADO

Es el Acreditado que cumple con los siguientes requisitos y por lo tanto se encuentra cubierto bajo esta cobertura:

- Tiene un Crédito Revolvente del Contratante en vigor.
- Ha otorgado su consentimiento para estar cubierto bajo esta cobertura.
- Su edad en la Fecha Efectiva no es menor que 18 años ni mayor que 65 años.
- En la Fecha Efectiva:
 - a. Es empleado activo de la Empresa ya sea (i) conforme a un contrato de trabajo por tiempo indeterminado en el cual se establece una jornada de trabajo de tiempo completo, o (ii) conforme a una relación de trabajo derivada de la prestación de un trabajo personal de tiempo completo subordinado a la Empresa mediante el pago de un salario.
 - b. Tiene por lo menos 12 meses de trabajar en las condiciones antes descritas, de forma continua, lo cual, en caso de que la Compañía lo requiera, deberá acreditar con copias de los recibos de nómina de los últimos 12 meses; y
 - c. Tiene una antigüedad mínima de 3 meses en su empleo actual con la Empresa, situación que deberá acreditar mediante los recibos de nómina correspondientes.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Desempleo del Asegurado originado por el despido por causas distintas a las previstas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

EMPRESA

Persona moral que en su carácter de patrón tiene celebrado (i) un contrato de trabajo por tiempo indeterminado con el Asegurado, éste último como empleado en el cual se establece una jornada de trabajo de tiempo

completo, o (ii) tiene una relación de trabajo con el Asegurado derivado de la prestación de un trabajo personal de tiempo completo subordinado a la Empresa mediante el pago de un salario.

REELEGIBILIDAD

Una vez que la Compañía haya completado el pago de Beneficios de un siniestro por el Desempleo Involuntario de un Asegurado, éste podrá ser nuevamente elegible para los Beneficios de esta Cobertura Adicional, después de haber transcurrido el Período de Espera de 30 días y que se cumplan los siguientes requisitos:

- Tener un Crédito Revolvente del Contratante, en vigor.
- Otorgar su consentimiento para estar cubierto bajo esta cobertura.
- Que su edad en la Fecha Efectiva no sea menor que 18 años ni mayor que 65 años, especificadas en la carátula de la póliza.
- Que en la Fecha Efectiva sea empleado activo de la Empresa conforme a (i) un contrato de trabajo por tiempo indeterminado en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo o (ii) conforme a una relación de trabajo derivada de la prestación de un trabajo de tiempo completo personal subordinado a la Empresa mediante el pago de un salario.
- Que su antigüedad en el empleo sea por lo menos igual al Período de Espera de 30 días.
- Que haya transcurrido un período de 6 meses desde el momento en que se haya extinguido la obligación derivada por una reclamación previa de este beneficio.

PERÍODO DE ESPERA

Es el período de 30 días naturales que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto bajo los beneficios adicionales de Invalidez Total por Accidente y Desempleo Involuntario, que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

A efecto de reducir o liquidar la deuda del Asegurado por el crédito que le haya otorgado el Contratante, la Compañía pagará al Contratante los Beneficios correspondientes a la cobertura en el caso en que el Asegurado quede desempleado involuntariamente.

Los beneficios se harán efectivos siempre y cuando:

- El Desempleo Involuntario ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia de 60 días.
- El Asegurado permanezca desempleado en forma continua durante el Período de Espera de 30 días.

Si el desempleo ocurre durante el Período de Carencia de 60 días, la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada y el Certificado quedará cancelado.

BENEFICIOS

El beneficio consistirá en el pago al Contratante del Beneficio Mensual Contratado.

El Beneficio Mensual corresponde al Pago Mínimo Mensual, existente al cierre del Estado de Cuenta del mes en el que ocurra el Desempleo Involuntario hasta por la cantidad de \$2,200.00 M.N., y por un número máximo de hasta 6 pagos mensuales sucesivos.

El pago de Beneficios se iniciará una vez transcurrido el Período de Espera de 30 días, y se hará retroactivo a la fecha en que haya ocurrido el Desempleo Involuntario.

La Compañía terminará el pago de beneficios al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Que el Asegurado fallezca;
- b. Que termine el estado de Desempleo Involuntario.
- c. Al quedar liquidado el Saldo que haya existido en la fecha en que ocurrió el Desempleo Involuntario;
- d. Al haberse efectuado 6 pagos mensuales.

RIESGOS NO CUBIERTOS

Esta Cobertura no ampara:

- **Disposiciones del Crédito Revolvente otorgado al Asegurado con posterioridad a la fecha de inicio del Desempleo.**
- **Retiro voluntario del empleo.**
- **Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
- **Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**
- **Pérdida del empleo por incapacidad, causada por embarazo, accidentes, enfermedades o por lesiones autoinflingidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado).**
- **Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada,**

conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.

- **A personas con empleo temporal.**
- **A trabajadores independientes.**
- **Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.**
- **Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia o falta de atención o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.**
- **Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).**
- **Desempleo cuando el Asegurado hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la Fecha Efectiva.**
- **El fallecimiento del Asegurado.**
- **La cobertura de este seguro quedará sin efecto si con posterioridad al Desempleo del Asegurado se descubre que su edad, en la Fecha Efectiva, estaba fuera de los límites de Edades de Admisión establecidos en el Certificado y en la carátula de la póliza. En este caso la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada y el Certificado quedará cancelado.**

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago de Beneficios por parte de la Compañía, el Contratante deberá presentar a la Compañía las siguientes pruebas de Desempleo Involuntario del Asegurado:

1. Forma de reclamación de la Compañía debidamente requisitada y firmada por el Asegurado.
2. Copia de identificación oficial vigente del Asegurado. Para tales efectos se considerarán identificación oficial cualquiera de pasaporte, credencial de elector, cédula profesional, cartilla del servicio militar.
3. Original del último mes del estado de cuenta del Crédito Revolvente, en el cual se identifique el cargo mensual de la prima del seguro.
4. Original del certificado de seguro emitido por la Compañía.
5. Copia del finiquito, si lo tuviere, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la terminación de la relación laboral, en la que aparezcan las cantidades recibidas por el Asegurado por prestaciones y demás percepciones.
6. Si lo tuviere, copia de la baja, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM); Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT); y cualesquiera otras instituciones a la cual se haya encontrado afiliado el Asegurado. Para aquellos casos en que la causa de la baja sea separación voluntaria y el Asegurado no esté de acuerdo con ésta resolución, el Asegurado podrá presentar a la Compañía copia del citatorio para la reunión de conciliación entre la Empresa y el Asegurado, suscrito por el Procurador de la Defensa del Trabajo, con el sello de la Procuraduría de la Defensa del Trabajo que corresponda, debidamente firmado por el funcionario público competente.
7. Copia de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al desempleo, que deberán de haber sido emitidos por la misma Empresa. La Empresa deberá de coincidir con aquella que notifica la baja ante la Institución de Salud de acuerdo al punto 6 anterior.

El pago de cada Beneficio Mensual quedará condicionado a que el estado de desempleo continúe durante cada mes en que el Asegurado solicite el pago del beneficio mensual y sólo por el número máximo de beneficios establecidos en la carátula de la póliza y en el certificado correspondiente.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

CLÁUSULAS GENERALES**PROTECCIÓN**

Es objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

CERTIFICADO

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

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

ENDOSO

Documento emitido por la Compañía que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste y se encuentra registrado ante la Comisión.

CRÉDITO REVOLVENTE

El crédito en cuenta corriente abierto por el Contratante a favor del Asegurado, en cuyos términos el Asegurado, en su carácter de Acreditado, puede disponer de la línea de crédito.

EDADES DE ADMISIÓN

La edad mínima es de 18 años y la máxima será de 65 años.

EDAD DE TERMINACIÓN

Es la edad de 70 años, a partir de la cual cesan automáticamente todas las coberturas contratadas.

FECHA EFECTIVA

Es la fecha indicada en el Certificado en la que inicia la vigencia del seguro.

PERÍODO DE CARENCIA

Es el período de 60 días que deberá transcurrir a partir de la Fecha Efectiva del Certificado para que el Asegurado se encuentre cubierto bajo los beneficios adicionales de Invalidez Total por Accidente y Desempleo Involuntario.

PERÍODO DE ESPERA

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado o Beneficiario, la prima total del Grupo por el periodo de pago en curso, vencida y no pagada.

PAGO MÍNIMO MENSUAL

Es la cantidad mínima que el Asegurado deberá pagar mensualmente al Contratante bajo el Crédito Revolvente.

SALDO

Cantidad total adeudada por el Asegurado al Contratante en una fecha determinada bajo el Crédito Revolvente.

Para efectos del seguro, no formarán parte del Saldo las disposiciones a la línea de crédito abierta bajo el Crédito Revolvente hechas con posterioridad a la fecha en la que ocurra el evento que de origen al pago del Beneficio por parte de la Compañía.

VIGENCIA

La Póliza iniciará y terminará su vigencia en las fechas indicadas en la carátula de la misma.

La vigencia del seguro, para cada Certificado Individual iniciará en la Fecha Efectiva que se indique en el Certificado y continuará mientras no se presente un evento que origine la cancelación del Certificado.

El presente contrato entrará en vigor a las doce horas del día indicado en la carátula de la póliza y terminará su vigencia a las 12 horas del día también indicado en la carátula de la póliza.

RENOVACIÓN

El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho a renovar las coberturas contratadas por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de

asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda de los 70 años en la fecha de renovación.

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Contratante y/o 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 renovación se efectuará mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.**MODIFICACIONES**

Este Contrato podrá ser modificado previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía mediante cláusulas adicionales o endosos, debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Cualquier persona no autorizada por la Compañía carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

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

Si el contenido de la póliza, certificado o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que se reciba la póliza o el certificado correspondiente. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza, del certificado o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

NOTIFICACIONES

Toda notificación por parte del Contratante o de los Asegurados a la Compañía deberá hacerse por escrito y entregarse en el domicilio de la Compañía indicado en la carátula de la póliza.

Así mismo, todas las notificaciones por parte de la Compañía que deba

hacerle al Contratante, a los Asegurados y a los beneficiarios, deberá hacerse por escrito y entregarse en los domicilios estipulados en la póliza, en los certificados correspondientes o en el último domicilio del cual tenga conocimiento, las cuales surtirán todos sus efectos legales.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen. Si el seguro se pactara en otra moneda, los pagos correspondientes se harán en el equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento en que se efectúen los pagos. Los pagos se efectuarán en el domicilio de la Compañía.

REPORTE DE ASEGURADOS

Dentro de los primeros 30 días naturales, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía cualquiera de la información siguiente, previamente acordada entre la Compañía y el Contratante:

RESUMEN DE ASEGURADOS

- Número de Asegurados
- El Saldo al corte del Crédito Revolvente en el mes inmediato anterior, en forma global, para todos los Asegurados.

DETALLE DE ASEGURADOS

- a. Nombre.
- b. Fecha de Nacimiento.
- c. Saldo del Crédito Revolvente a la fecha de corte.
- d. En caso de nuevos asegurados los consentimientos respectivos.

Asimismo, el Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información adicional que ésta le solicite, y que esté relacionada con este seguro.

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

REVISIÓN DE REGISTROS

A efecto de que la Compañía pueda aclarar cualquier hecho relacionado con el seguro, el Contratante autoriza a la Compañía a revisar sus libros y registros.

Si el Contratante impide u obstaculiza dicha revisión, la Compañía tendrá derecho a rescindir el presente Contrato de Seguro sin responsabilidad alguna.

BENEFICIARIOS

En el caso de la Cobertura Básica por Muerte y la Cobertura Adicional por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, el Asegurado tiene derecho a nombrar o cambiar a sus Beneficiarios, notificando la designación por escrito a la Compañía para formar parte integrante de la póliza.

En el caso de las Coberturas Adicionales por Invalidez Total por Accidente y Desempleo Involuntario, el Contratante es el Beneficiario preferente e irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto de estas Coberturas Adicionales es pagar al Contratante el Beneficio correspondiente en caso de ocurrir alguna de las eventualidades cubiertas por estas mismas.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado puede cambiar a su(s) Beneficiario(s) designado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía.

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

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 al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se

hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

PRIMAS

La prima mensual global se integrará por la prima mensual de cada uno de los Asegurados.

La prima mensual para cada cobertura se calculará multiplicando el Saldo del Crédito Revolvente de los Asegurados por la cuota mensual establecida en la carátula del Certificado.

Las primas no estarán diferenciadas por edad y la prima aplicable será la que corresponda a la edad promedio esperada del grupo asegurado.

La Compañía podrá cambiar las cuotas de tarifa, notificando el cambio al Contratante por escrito treinta (30) días naturales antes de la fecha en que las nuevas cuotas de tarifa sean aplicables.

El Contratante efectuará el cargo por primas al Asegurado en el Crédito Revolvente, cargo que aparecerá en el estado de cuenta correspondiente.

PAGO DE PRIMAS*

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 60 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima total de miembros de la colectividad correspondiente a los treinta días de espera.

LO PACTADO EN ESTA CLÁUSULA NO ES APLICABLE A LOS SEGUROS POR UN SOLO VIAJE, YA QUE EL MONTO TOTAL DE LA PRIMA DEBERÁ SER PAGADO AL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y EN EFECTIVO.

INDEMNIZACIONES

AVISO

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiéndolo darlo tan pronto como cese uno u otro.

El evento que origine el Pago del Beneficio, deberá ser notificado a la Compañía por el Contratante tan pronto como tenga conocimiento del mismo.

PRUEBAS

Las pruebas requeridas para hacer efectivo el pago del beneficio de cada una de las coberturas por parte de la Compañía se especifican en la sección correspondiente a cada una de dichas coberturas.

Teniendo la Compañía el derecho de exigir al asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará al Contratante y/o al Asegurado o sus respectivos beneficiarios la indemnización que proceda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que reciba las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

INTERÉS MORATORIO*

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, no cumpla con la obligación de pago de la indemnización, capital o renta, en caso de que proceda y en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En donde se establece lo siguiente: "Artículo 276. Si la Compañía 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.”

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA*

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

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

CANCELACIÓN DE CERTIFICADOS*

Los Certificados se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Si el Asegurado tiene pagos vencidos en su cuenta de crédito por más de 90 días.
- Si se cancela o se da por terminado por cualquier causa el Crédito Revolvente.
- Si el Asegurado solicita al Contratante o a la Compañía la cancelación por escrito del Seguro. En este caso la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación indicada, la que sea posterior.
- Si la póliza es cancelada. En este caso, la cancelación se efectuará sin perjuicio de los beneficios que se encuentren en curso de pago respecto de los Certificados.
- Si el Asegurado han alcanzado la Edad de Terminación.

En caso de cancelación, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta

no devengada, previa disminución del costo de adquisición y calculada en días exactos, de los Integrantes que se den de baja del grupo. .

El procedimiento que utilice la Compañía para este cálculo, está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

BAJA DE ASEGURADOS*

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

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

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

PRESCRIPCIÓN

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.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios 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 empresa haya tendido el conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

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.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES

Por las características propias de este negocio, no se podrá otorgar participación de utilidades.

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 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.

De conformidad a lo establecido el Reglamento de Seguro de Grupo a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 y 18.

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

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

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

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

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

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 **16 de julio de 2010**, con el número **CNSF-S0001-0092-2010/CONDUSEF-000586-01**.

*En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 **1 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0232-2015** y a partir del día **17 de diciembre de 2014**, con el número **CGEN-S0001-0197-2014** y a partir del día **19 de noviembre de 2013**, con el número **CGEN-S0001-0176-2013** y 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-S0001-0132-2016**.

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