

Vida Seguro de Vida Grupo GFN B

Para reporte de siniestro llama al

01 800 500 2500

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



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	6
COBERTURAS ADICIONALES	7
CLAUSULAS GENERALES	19

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA GRUPO GFN B**

DEFINICIONES

1. **Asegurado:** Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado aceptados por la Compañía y que se encuentran amparados por los riesgos cubiertos en este contrato de seguro.
2. **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.
3. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.
4. **Condiciones especiales de la póliza:** Son aquellas que además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares o especiales y se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
5. **Contratante:** Es aquella persona física o moral indicada en la carátula de la póliza con quién se celebra el Contrato, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.
6. **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.
7. **Convenio de auto administración:** Es el convenio que, en su caso, firman el Contratante y la Compañía, en el cual se estipulan los procedimientos de administración de la póliza en lo referente a movimientos de altas y/o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

La Compañía tendrá acceso a la información del Grupo Asegurable en cualquier momento con objeto de dar cumplimiento a los requerimientos hechos por las autoridades correspondientes.

8. **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.
9. **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.
10. **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.
11. **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 Nacional de Seguro y Fianzas.
12. **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.
13. **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.
14. **Practica ocasional:** Aquella que no es habitual, que se lleva a cabo de forma casual o esporádica.
15. **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.
16. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

COBERTURA BÁSICA

RIESGO CUBIERTO

FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la Cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

PRIMA

La prima de esta cobertura se incluye en la prima total que aparece en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

FALLECIMIENTO

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original del Acta de Defunción del Asegurado
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Original del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario.
- Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (original).
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado en caso de que la tuviese el beneficiario
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

COBERTURAS ADICIONALES

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir, de acuerdo a sus necesidades de protección, los siguientes endosos:

**ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS
(MAPO)
CONDICIONES PARTICULARES**

DEFINICIONES**ACCIDENTE**

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

PERDIDA 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**MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO)**

Si como consecuencia de un accidente, el Asegurado fallece o sufre una o más pérdidas orgánicas durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado o a los Beneficiarios designados la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo a la Tabla de Indemnizaciones, siempre y cuando, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente el Asegurado fallece o sufre las pérdidas orgánicas, y dicho accidente ocurre durante la vigencia de esta cobertura.

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%
El dedo medio o anular o el meñique de cualquier mano	5%

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

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con una pérdida orgánica, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

PRIMA

La prima de esta cobertura se incluye en la prima total que aparece en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumple la edad de 71 años.

3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe 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 al Asegurado cuando 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 o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.
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 psíquica 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.

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

MUERTE ACCIDENTAL

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original del Acta de Defunción del Asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado, sólo si se encontrarán en poder del beneficiario.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Copia simple del Comprobante de domicilio de cada Beneficiario (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se

encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones) o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.

- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas a la Pérdida Orgánica; según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió, que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la identificación oficial del Asegurado (credencial elector, pasaporte vigente o cédula profesional).
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

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.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y, que por un periodo de seis meses continuos, le impida al Asegurado el desempeño de todas 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. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual.

Además se considerarán como invalidez total y permanente:

- La pérdida completa y definitiva de la función de la vista de ambos ojos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambas manos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambos pies.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y un pie.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y la vista de un ojo.
- La amputación o anquilosis total y permanente de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se tomará en consideración el periodo de espera de seis meses. En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

RIESGO CUBIERTO

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

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, después de transcurrido un período de espera de 6 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

También se considerará invalidez total y permanente:

- La pérdida de la función de la vista de ambos ojos
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo

En estos casos no aplicará el periodo de espera de 6 meses.

PRIMA

La prima de esta cobertura se incluye en la prima total que aparece en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe 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 al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
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 o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o**

8. **por un tercero a petición del asegurado.**
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, estado de presión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**
13. **La Invalidez Total y Permanente resultante de padecimientos preexistentes.**

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

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:

- Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó y anexe los documentos probatorios del estado 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 es el titular Asegurado de dichos Institutos, no aplicará el periodo de espera de 6 meses para la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

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.

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Original de los formatos de reclamación proporcionados por la

Compañía; Declaración A y B firmado(s) y contestado(s) por el (los) reclamante(s) y médico que certificó la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro Asegurado.
- Copia de comprobante de domicilio de nuestro Asegurado
- Original del Dictamen de Invalidez ST3, ST4 expedido por el IMSS; o el homologado expedido por el ISSSTE, Sector Salud, Institutos Médicos Gubernamentales, etc. o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Copia simple de la CURP del Asegurado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO (GSA)

CONDICIONES PARTICULARES

RIESGO CUBIERTO

GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO (GSA)

En caso de fallecimiento del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, la suma asegurada contratada para esta cobertura a los Beneficiarios designados que lo soliciten, en la proporción que a éstos les corresponda.

La suma asegurada para esta cobertura en ningún caso será superior a 60 veces el Salario Mínimo General Mensual de la Ciudad de México.

PRIMA

La prima de esta cobertura se incluye en la prima total que aparece en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original del Acta de Defunción del Asegurado
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar original del acta de defunción correspondiente.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado, sólo si se encontrarán en poder del beneficiario.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la CURP del Asegurado y CURP del(los) beneficiario(s).
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

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

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

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 y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la Compañía.

La suma asegurada máxima que la Compañía cubrirá para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza; los miembros del grupo que superen la suma asegurada máxima, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Compañía considere pertinentes.

MODIFICACIONES

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

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

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales 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). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

VIGENCIA DEL CONTRATO

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.

REGISTRO DE ASEGURADOS

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.

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 01 800 500 25 00.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

La cláusula antes citada, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

DISPUTABILIDAD

Este Contrato será disputable dentro del primer año de su vigencia por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o Asegurado para la apreciación del riesgo. En caso de rehabilitación del contrato, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que dicha rehabilitación fue aceptada por la Compañía.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior es también de un año, mismo que se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

La cláusula antes citada, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá al Contratante la reserva matemática respecto de ese miembro. Este será el pago total que la Compañía hará por concepto de seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía.

Una vez transcurrido el periodo de un año de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, o de su última rehabilitación, la Compañía pagará la suma asegurada contratada.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados.

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.

SUSTITUCIÓN DEL CONTRATANTE

En caso de que el seguro de grupo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al presente Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de que se ha operado una sustitución en el Contratante del seguro; sus obligaciones terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía se obliga a reintegrar a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y lo correspondiente de acuerdo a la cláusula de Participación de Utilidades, de acuerdo a los procedimientos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

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

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

- b. Comunicar a la Compañía de manera inmediata las separaciones definitivas del Grupo Asegurado.
- c. Dar aviso a la Compañía dentro del término de 15 naturales días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

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

BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente 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.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del Contrato hasta la terminación del periodo de seguro en curso.

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.

DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.

Cuando el objeto del seguro sea el otorgar una prestación laboral, La Compañía tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 días naturales contados a partir del día de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera de vida individual.

El Asegurado deberá pagar a la Compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada al momento de la separación y a su ocupación, en la fecha de solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

Para planes de seguro de vida individual, la Compañía contará, por lo

menos, con el plan Ordinario de Vida.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovar este contrato de seguro, a solicitud por escrito del Contratante, bajo las mismas condiciones en que fue contratado, por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda la edad máxima de aceptación de la cobertura en la fecha de la renovación.

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

EDAD

Las edades declaradas por los miembros del Grupo Asegurado deberán comprobarse cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas de edad cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro del Grupo Asegurado, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada, pero el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real, por el periodo que falte hasta el siguiente vencimiento del Contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de la celebración del Contrato. Las primas anteriores deberán ajustarse de acuerdo con la edad real del asegurado.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y esta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada, por el cociente obtenido al dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último

aniversario de la póliza.

EDAD FUERA DE LÍMITE

En caso de que la edad real de un Asegurado se encuentre fuera del límite mínimo establecido por la Compañía, en la fecha de su ingreso al Grupo Asegurado, siendo esta de 15 años, será rescindido el seguro correspondiente a dicho Asegurado, debiendo la Compañía devolver al Contratante la reserva matemática que corresponda.

El mismo tratamiento se aplicará aún cuando haya ocurrido el siniestro, en este caso, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad de pago del siniestro.

PRIMA

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

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

- a. En los casos de baja, se procederá de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Baja de Asegurados ,
- b. En los casos de nuevos ingresos al seguro el Contratante se obliga a pagar la prima correspondiente por cada uno de los nuevos miembros.

PAGO DE PRIMA

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

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 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

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

LO PACTADO EN ESTA CLAUSULA 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.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA PROCEDIMIENTO

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

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

CANCELACIÓN DE CERTIFICADOS

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

PERIODO 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.

BENEFICIARIOS

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

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Compañía y al beneficiario irrevocable. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, en el certificado y/o consentimiento correspondiente. Esta constancia será el único medio de prueba admisible.

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

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

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

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.

REHABILITACIÓN

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

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

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada. No obstante lo anterior, la Compañía no cubrirá siniestros que hayan ocurrido durante el periodo en que los efectos de la póliza estuvieron cesados.

AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el asegurado o el beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro, que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

PRUEBAS

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

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

comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante, Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

LIQUIDACIÓN

Los Beneficiarios designados tendrán derecho a cobrar directamente de la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este Contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado. De cualquier forma, se hará el ajuste correspondiente en cuanto a primas se refiere.

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todos los documentos e informaciones requeridas que fundamenten la reclamación.

PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES

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

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza. Así mismo, los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o a los beneficiarios, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de éstos.

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.

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.

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.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Como contratante y/o asegurado tienes los siguientes derechos y obligaciones durante la contratación y vigencia del seguro:

Derechos

- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.
- En caso de que el contratante y/o asegurado haya entregado a la compañía toda la documentación relativa a la ocurrencia del siniestro y que hubieren transcurrido los 30 días que ésta tiene para pronunciarse sobre la procedencia o improcedencia del siniestro y no existiera respuesta alguna, el asegurado tendrá derecho a una indemnización por mora de acuerdo a la legislación aplicable.
- El contratante y/o asegurado podrá solicitar la cancelación anticipada del seguro siguiendo el procedimiento especificado para tal efecto en las presentes condiciones generales.

Obligaciones

- 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.
- Declarar de forma clara y amplía la forma en que ocurrió el siniestro, así como presentar toda la documentación e información probatoria que la compañía le solicite respecto a la realización del siniestro.
- Efectuar el pago de la prima correspondiente a la cobertura contratada y especificada en la carátula de la póliza.

Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el **Reglamento de Seguro de Grupo** a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 19.- En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera

de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora 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 **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0097-2019/CONDUSEF-003650-01**.

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

ANEXO DE LEGISLACIÓN

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas de internet:

Ley Sobre el Contrato del Seguro.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>