

Vida Seguro de Vida Grupo Impulso

Para reporte de siniestro llama al

800 837 1133

en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
o consulta segurosbanorte.com



CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	8
COBERTURAS ADICIONALES	11
CLÁUSULAS GENERALES	12
CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS	31
DOCUMENTOS ADICIONALES	34

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Vida Grupo Impulso Condiciones Generales

DEFINICIONES

COMPAÑÍA

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

CONTRATANTE

Es aquella persona física o moral indicada en la carátula de la póliza con quién se celebra el Contrato, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

MÉDICO

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

DEPORTISTA PROFESIONAL

Persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual recibe un pago económico o un patrocinio en especie o ambas.

DEPORTISTA AMATEUR

Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia

que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas. Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

PRÁCTICA OCASIONAL

Aquella que no es habitual, que se lleva a cabo de forma casual o esporádica.

COBERTURAS BÁSICAS

El Contratante y/o Asegurado elegirán, en la solicitud de aseguramiento correspondiente, las coberturas básicas que a continuación se definen:

FALLECIMIENTO (MUERTE)

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.

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.

PRIMA

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

FALLECIMIENTO CON ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL (MAFI)

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados, adicionalmente proporcionará la asistencia funeraria individual al Asegurado. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, a través de EL PRESTADOR contratado, proporcionará al Asegurado, los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio nacional.

La Compañía se obliga, a través de EL PRESTADOR, en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza y del certificado que corresponda, a prestar el Servicio Funerario durante la vigencia de la póliza, las 24 horas del día los 365 días del año.

El Servicio Funerario contratado estará estipulado en el certificado del Asegurado.

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

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

Es de precisar que la Compañía es la única responsable frente al Asegurado o beneficiario por la actuación del PRESTADOR de servicios de asistencia, en virtud de que es la Compañía quién ofrece dichos servicios de asistencia funeraria.

RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA ASISTENCIA FUNERARIA IINDIVIDUAL

Muerte ocurrida en: Catástrofes naturales, guerra, sedición, motín, huelga, asonada, declaradas o no.

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.
3. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.

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.
- 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).

ASISTENCIA FUNERARIA NACIONAL:

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

Ciudad de México, Área Metropolitana e Interior de la República Mexicana comuníquese al teléfono: 55 5809 4502

COBERTURAS ADICIONALES

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

- ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL
- ENDOSO DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "A".
- ENDOSO DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "B".
- ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS "A"
- ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS "B"
- ENDOSO DE ACCIDENTE COLECTIVO.
- ENDOSO DE DOBLE COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO "A"
- ENDOSO DE DOBLE COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO "B"
- ENDOSO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
- ENDOSO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
- ENDOSO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
- ENDOSO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
- ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO
- ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DE LOS HIJOS
- ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DEL CÓNYUGE
- ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DE LOS PADRES
- ENDOSO DE ENFERMEDADES GRAVES
- ENDOSO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
- ENDOSO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE
- ENDOSO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO INDIVIDUAL (DSI)
- ENDOSO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO MANCOMUNADO

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

Son objeto de este Contrato la cobertura básica 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 contendrá, cuando menos, los siguientes datos:

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

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro 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.

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

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

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

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 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 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 días naturales, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

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

BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente 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.

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 la 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 ulteriores 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 aun 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.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo que otorgue la misma.

Se entenderá que la prima ha sido pagada a la Compañía cuando el Contratante tenga el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado. Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, en los términos especificados en la solicitud, en este

caso el estado de cuenta donde aparece el cargo correspondiente de la prima, hará prueba suficiente de dicho pago, siempre y cuando se realice en tiempo.

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 del grupo 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.

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

En caso de cancelación, la compañía restituirá a quienes la 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 GRACIA

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

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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de 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 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.

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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

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.

ANTICIPO DE PERIODO DE ESPERA PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ

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 para la cobertura de Invalidez considerado en esta póliza.

CLÁUSULA DOCUMENTOS Y/O REQUISITOS ADICIONALES QUE DEBERÁ PRESENTAR EL ASEGURADO, CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO DERIVADO DE UN SINIESTRO.

La aseguradora tendrá el derecho de exigir del 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, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

- a) Al correo electrónico del contratante previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales en formato PDF y avisos del producto, excluyendo publicidad.
- b) En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía (UNE).

- c) Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.

En todos los casos, la **Compañía** dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados así como de los medios utilizados para tal efecto. La entrega del condicionado general que integra el seguro que nos ocupa será entregada en primera instancia por escrito a los solicitantes, contratantes o asegurado previo consentimiento expreso elija por así convenir a sus intereses que le sea entregada la documentación contractual en formato PDF, o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea, sin que ello obste que de forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx; o en www.banorte.com; o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 837 11 33.

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 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.

CLÁUSULA CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

A) MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

B) CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

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

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

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

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

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

C) FORMALIZACIÓN DEL SEGURO

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

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

El seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en las condiciones generales y especificadas en el certificado.

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

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

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

Para todos los efectos legales, estos comprobantes tienen el valor probatorio que otorga la ley a este tipo de operaciones.

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

D) NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO

La compañía le hará llegar al asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la confirmación de las operaciones electrónicas realizadas, entre las que destacan la siguiente información:

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

El Contratante/asegurado acepta que todos los avisos, notificaciones y comunicaciones que le sean enviados por la compañía por el uso de medios electrónicos implica la aceptación total de dichos instrumentos y satisfacen cualquier requisito de forma escrita. El uso de medios de identificación establecidos en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

E) CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Asegurado y/o contratante podrá solicitarlo por escrito a la Compañía; mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 837 11 33, o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **8 de febrero de 2021**, con el número **CGEN-S0001-0006-2021**.

DOCUMENTOS ADICIONALES**ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA
GASTOS FUNERARIOS (AGF)
CONDICIONES PARTICULARES****RIESGO CUBIERTO****ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS**

La Compañía pagará al fallecimiento del Asegurado, una cantidad parcial anticipada de la cobertura de fallecimiento, de acuerdo a lo siguiente:

1. Al haber transcurrido cuando menos un año del seguro, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado del Asegurado o de la fecha de la última rehabilitación del certificado del asegurado en caso de que la hubiera.
2. Para hacer efectivo este beneficio, el Beneficiario deberá presentar a la Compañía la solicitud del pago en forma escrita y firmada, acompañada de copia certificada del certificado médico de defunción del Asegurado.
3. La póliza deberá estar en vigor. El anticipo será del 25% de la suma asegurada de la cobertura Básica al momento del fallecimiento, siempre que este anticipo no sea superior a \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.).

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

En caso de que hubiera varios Beneficiarios el pago se hará a aquel que lo solicite, siempre que la Suma Asegurada a que tenga derecho el Beneficiario sea mayor o igual al importe del anticipo.

Presentación de Reclamación para el Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios:

- Certificado de Defunción o Acta de Defunción del Asegurado
- Identificación Vigente del Asegurado (Fallecido): credencial de elector o pasaporte
- Identificación vigente del o los Beneficiarios: credencial de elector o pasaporte
- Número de certificado si se encontrara en poder del beneficiario.
- Copia del certificado del asegurado donde se especifique la designación de beneficiario (s).

**ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR
ENFERMEDAD TERMINAL (AET)
CONDICIONES PARTICULARES****RIESGO CUBIERTO****ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL**

La Compañía pagará al Asegurado, una cantidad parcial anticipada de la cobertura de fallecimiento, si a éste se le diagnostica una Enfermedad Terminal dentro del plazo del seguro. El pago se hará de acuerdo a lo siguiente:

1. La póliza deberá estar en vigor. El anticipo será del 35% de la suma asegurada de la cobertura Básica, siempre que este anticipo no sea superior a \$500,000.00 (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.).
2. Al haber transcurrido cuando menos un año del seguro, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado del Asegurado o de la fecha de la última rehabilitación del certificado del asegurado en caso de que la hubiera.
3. Para hacer efectivo este beneficio, el Asegurado deberá presentar a la Compañía las pruebas de su estado terminal. Al momento de la muerte del Asegurado se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte del Asegurado y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico – curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 días.

No se considerará como tratamientos médicos aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicos producidos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Las enfermedades que ampara esta cobertura serán:

- Insuficiencia renal crónica y permanente.
- Infarto masivo al miocardio.
- Cáncer (Excepto de la piel).
- Hemorragia o infarto cerebral.

Cualquier otra enfermedad que cumpla con la definición y que no se encuentre en esta lista, se someterá a revisión por el médico dictaminador que La Compañía designe.

AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

Sin perjuicio de lo establecido en las condiciones generales de la póliza, el Asegurado deberá:

Dar aviso del siniestro a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Terminal.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **SIDA o presencia del virus del VIH.**
2. **Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo.**
3. **Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.**
4. **Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedad que sea a consecuencia de Alcoholismo o drogadicción.**

Presentación de Reclamación para el Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal:

- El diagnóstico de su Enfermedad Terminal, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- El diagnóstico deberá ser efectuado y certificado por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del sistema afectado.
- Identificación vigente del Asegurado: credencial de elector o pasaporte.
- Declaración A y B (proporcionadas por la Compañía), avalado por el médico que certifique el diagnóstico de la enfermedad terminal.
- Resultados de los exámenes clínicos y estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad (Ejemplo Reporte histopatológico).
- Número de certificado si se encontrará en poder del beneficiario.
- Copia del certificado del asegurado donde se especifique la designación de beneficiario (s).

La Compañía podrá solicitar documentos médicos adicionales y practicar al Asegurado a su costa hasta dos exámenes médicos con la intervención de médicos designados por ella.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **26 de octubre de 2020**, con el número **CNSF-S0001-0486-2020/CONDUSEF-003688-02**.

* En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **3 de enero de 2022**, con el número **RESP-S0001-0046-2021**.