

Vida Protección Covida Banorte

Para solicitar mayor información llama a nuestro

Centro de Atención Telefónica

800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.
y sábados de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.

Conoce más en segurosbanorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	1
COBERTURA BÁSICA	3
COBERTURAS ADICIONALES	4
CLÁUSULAS GENERALES	20

**CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN COVIDA BANORTE**

DEFINICIONES

ASEGURADO

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

BANCO

Institución de banca múltiple, con la cual el Asegurado tiene contratada una cuenta bancaria en virtud de la cual, se le ha entregado una tarjeta plástica con una banda magnética y/o chip, para que tenga acceso a diferentes servicios automáticos. Incluyendo la contratación del presente seguro.

BENEFICIARIO

Persona(s) designada(s) por el Asegurado, como titular(es) de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.

CAJERO AUTOMÁTICO

Es una máquina usada para depositar; extraer dinero, pagar o comprar servicios, utilizando una tarjeta de plástico, que cuenta con una banda magnética y/o un chip con un Número de Identificación Personal NIP para tener acceso a los servicios proporcionados por el Banco.

CANALES DE CONTRATACIÓN

Aquellos canales de venta por los cuales la Compañía o a través de un tercero promocionará y efectuará la venta de productos de seguros, ya sea vía medios electrónicos, medios ópticos, o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, entre otros y; por cualquier otro medio que sea acorde a la previsto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y la Circular Única de Seguros y Fianzas.

COMPAÑÍA

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

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

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

CONTRATANTE

Es aquella persona física, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

ENDOSO

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

MÉDICO

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

MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

PRIMA NETA

Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza especificado en la carátula de la póliza.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad indicada en la carátula de la póliza, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el evento, en caso de ser procedente, en los términos previstos en cada cobertura.

TARJETA BANCARIA

Es una tarjeta de plástico con banda magnética y/o chip, entregada por el Banco para usarse en cajeros automáticos o puntos de venta, que va ligada con la cuenta del Asegurado.

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO (MUERTE)

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza a los beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia, la cobertura concluirá sin ninguna otra obligación para la Compañía.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a) Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
- b) Cuando a petición del Contratante y/o Asegurado, la póliza no sea renovada.
- c) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 70 años

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

- Solicitud de reclamación proporcionada por la Compañía.
- Copia legible de identificación oficial vigente del representante del beneficiario.
- Original del acta de defunción.
- Original del formato de declaración 1 y 2 proporcionado por la Compañía.

COBERTURAS ADICIONALES**ENFERMEDADES GRAVES (EG)**

La finalidad de esta cobertura es apoyar al Asegurado en el caso de que llegue a padecer alguna de las enfermedades graves que esta cobertura considera.

DEFINICIONES**ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**

Es la alteración súbita de las funciones cerebrales, originadas por una deficiente circulación sanguínea, que produce secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas y que incluye cualquiera de los siguientes eventos:

- Infarto de Tejido Cerebral
- Hemorragia Cerebral
- Embolia de Fuente Extracraneal

Adicionalmente deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Neurología, y se presenten estudios de Imagen del cerebro (tomografía computada, resonancia magnética), u otros como el electroencefalograma (EEG) o dúplex carotídeo, que confirmen el diagnóstico.

CÁNCER

Es la enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión a otros tejidos.

El término cáncer incluye entre otros la leucemia y la enfermedad de Hodgkin.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Oncología o Hematología y se presenten los resultados del estudio Histopatológico que confirme el diagnóstico.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticados por un médico o por otro medio reconocido de diagnóstico como son las pruebas de laboratorio o de gabinete, o que se comprueben mediante el resumen clínico, así mismo aquellas que previamente a la celebración del contrato provocaron un gasto para recibir un tratamiento.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Endurecimiento de los tejidos del Cerebro y/o Médula Espinal que produce parálisis de miembros inferiores y trastornos cerebrales.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe de contar con un diagnóstico emitido por un médico neurólogo y presentar los estudios de laboratorio y gabinete como resonancia magnética, potenciales evocados visuales, así como estudio de fluidos cerebroespinales que confirmen el diagnóstico.

INFARTO AL MIOCARDIO

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardíacas en la sangre periférica.

Para el pago de esta cobertura se procede siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente, lo cual lleva a una falla funcional crónica e irreversible de ambos riñones, que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o trasplante de riñón.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Nefrología e ir acompañado del informe nefrológico y se presenten los estudios de laboratorio que confirmen el diagnóstico.

MÉDICO

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

PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Se entienda como parálisis de las extremidades a la pérdida de la función motora de manera permanente de dos o más extremidades (superiores y/o inferiores), causada por accidente o enfermedad.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe de contar con diagnóstico emitido por un médico neurólogo o neurocirujano, y presentar la tomografía computarizada o resonancia magnética de cabeza y/o columna vertebral, biopsia del nervio o músculo, melografía, electromiografía y potenciales evocados que confirmen el diagnóstico.

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 90 (noventa) días.

La aplicación del periodo de carencia aplicará solo la primera vez que el Asegurado ingrese al seguro y no a sus renovaciones, salvo si éstas no son consecutivas, en cuyo caso el periodo de carencia volverá a ser aplicado.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se incluye todo aquel procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano dañado y sustituirlo por uno sano, de manera efectiva.

La Compañía ampara únicamente los trasplantes de: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Médula Ósea y Riñón; se deberá comprobar, mediante estudios médicos, de laboratorio e imagenología (cuando proceda) la disfunción severa del órgano, el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos y haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo del órgano.

RIESGO CUBIERTO

La Compañía pagará al Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de póliza, si encontrándose vigente ésta, se presenta alguno de los siguientes eventos:

- a) Que se le practique un trasplante de órganos vitales, como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de esta cobertura. Serán considerados como ORGANOS VITALES los siguientes: corazón, pulmón, hígado, páncreas, médula ósea o riñón.
- b) Que le sea diagnosticada clínicamente **por primera vez** alguna de las siguientes enfermedades graves:
 - Cáncer
 - Infarto al miocardio
 - Parálisis de Extremidades.
 - Insuficiencia renal Crónica.
 - Accidente Cerebro Vascular
 - Esclerosis Múltiple

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Graves Enfermedades de las anteriormente mencionadas durante el año de vigencia, siempre que se comuniquen a la Compañía, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

La suma asegurada se paga una sola vez durante la vigencia del seguro.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Enfermedades preexistentes.**
2. **Enfermedades que no correspondan a enfermedades enunciadas en los términos de esta cobertura.**
3. **Enfermedades que sean a consecuencia del Alcoholismo o drogadicción.**
4. **Cáncer en la piel, salvo Melanomas Malignos.**
5. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Angioplastia.**
7. **Que la enfermedad grave sea a consecuencia de alguna alteración Congénita.**
8. **Para Accidente Cerebro Vascular, se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.**
9. **Para Infarto al Miocardio, no se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como**

angioplastia sin infarto.

10. **Se excluye cualquier Trasplante de órganos no enunciado en el inciso a de riesgo cubierto de esta cobertura, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.**
11. **Para Esclerosis Múltiple, se excluyen padecimientos como Enfermedad de Devic, Sarcoidosis, Vasculitis y/o Enfermedad de Lyme, ya que estos padecimientos pueden imitar los síntomas de la esclerosis múltiple.**
12. **Se excluye parálisis ocasionada por apoplejía así como parálisis ocasionada por esclerosis múltiple y las parálisis de tipo transitorias.**

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- **Edad Mínima de contratación: 18 años**
- **Edad Máxima de contratación: 69 años**
- **Edad Máxima de cancelación automática: 70 años**

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

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. **En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.**

PRIMA

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

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN**Documentos que deberá presentar, en caso de siniestro:**

1. Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro asegurado.
2. Copia de la caratula de la póliza, (si se encontrara en poder del asegurado).
3. Original de los formatos de reclamación; Declaración “A” y “B” firmados y contestados por nuestro asegurado y médico quien atendió o certifico el diagnóstico de la enfermedad grave.
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del asegurado, elaborado por la institución pública de la que era derechohabiente, con antecedentes patológicos personales, cronología del(os) padecimiento(s) y tratamiento(s), así como los resultados de los estudios practicados al mismo que confirmen el diagnóstico, este documento es necesario al presentar la reclamación.
5. Resultado de los exámenes clínicos y estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad (Ejem. Histopatológico).

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

RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos siguientes:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico

legalmente autorizado y/o especialista en el sistema y/u órgano afectado, o bien, mediante pruebas de laboratorio y gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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 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, podrán 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.

FALLECIMIENTO POR SARS-CoV2 (COVID 19) (FCOV)

La finalidad de esta cobertura es apoyar a los beneficiarios del Asegurado, en el caso de que éste último llegue a fallecer por SARS-CoV2 (COVID-19).

DEFINICIONES

COVID-19

Enfermedad generada por el virus SARS-CoV2.

FALLECIMIENTO POR SARS-CoV2 (COVID 19)

Se entenderá que el fallecimiento fue consecuencia de la enfermedad denominada COVID-19, cuando el acta de defunción así lo estipule o en su defecto se presente la certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV-2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una institución de sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (INDRE) y que demuestre que esto ocasionó el deceso del Asegurado.

MÉDICO

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

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 30 días.

La aplicación del periodo de carencia aplicará solo la primera vez que el Asegurado ingrese al seguro y no a sus renovaciones, salvo si éstas no son consecutivas, en cuyo caso el periodo de carencia volverá a ser aplicado.

RIESGO CUBIERTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado como consecuencia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 denominada **COVID-19**, 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.

No procede el pago de la indemnización por esta cobertura cuando el diagnostico positivo por COVID-19 hubiera sido determinado previ6 a la contratación del Seguro

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 69 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 70 años

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

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. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

PRIMA

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

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el(los) beneficiario(s), en caso de siniestro:

- 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 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 de la póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del

Contratante, o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

HOSPITALIZACIÓN POR SARS-CoV2 (COVID 19) (HCOV)

La finalidad de esta cobertura es apoyar al Asegurado en el caso de que llegue a requerir hospitalización por SARS-CoV2 (COVID-19).

DEFINICIONES**COVID-19**

Enfermedad generada por el virus SARS-CoV2.

MÉDICO

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

PERIODO DE CARENCIA

Significa el lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe los beneficios respecto de la(s) cobertura(s). Este periodo de carencia tiene por objetivo reducir el riesgo moral de personas que pretendan asegurarse sabiendo que cualquiera de los eventos cubiertos por el seguro ya sucedió o está próximo a realizarse.

Si esta cobertura fue contratada y llegare a ocurrir el evento amparado durante el periodo de carencia, el Asegurado no tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente.

El periodo de carencia para esta cobertura será de 30 días.

La aplicación del periodo de carencia aplicará solo la primera vez que el Asegurado ingrese al seguro y no a sus renovaciones, salvo si éstas no son consecutivas, en cuyo caso el periodo de carencia volverá a ser aplicado.

TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

Se entenderá por tratamiento médico hospitalario cuando el Asegurado se registre como paciente de un hospital público o privado, clínica o ubicación habilitada por las autoridades sanitarias para estos efectos, por prescripción médica, utilizando al menos, 48 horas de servicio de habitación o camilla, alimentación y atención general de enfermería en dicho internamiento.

TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO GENERADA POR EL VIRUS SARS-CoV2 (COVID 19)

Se entenderá que la hospitalización fue consecuencia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 denominada COVID-19, cuando se presente la certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARS-CoV-2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una institución de sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (INDRE)

RIESGO CUBIERTO

En caso de que el Asegurado, sea hospitalizado durante la vigencia de esta cobertura como consecuencia de requerir tratamiento médico hospitalario por un periodo mínimo de 48 horas continuas por diagnóstico de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 denominada **COVID-19**. La Compañía le pagará por única vez la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

No procede el pago de la indemnización por esta cobertura cuando: el diagnóstico positivo por COVID-19 hubiera sido determinado previó a la contratación de esta cobertura. Es decir, cuando se cuente con alguna de las pruebas que se señalan a continuación:

- **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento**

y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio y gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- **Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.**
- **Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 69 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 70 años

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

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. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
3. Cuando se haya indemnizado esta cobertura.

PRIMA

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

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar, en caso de siniestro:

1. Copia de la póliza firmada por el asegurado, si la tuviese.
2. Copia del Gasto Medico Hospitalario (Factura, con desglose de la misma-comanda-), si lo tuviese.
3. Copia de la hoja de admisión y egreso (Fecha de ingreso y egreso)
4. Historia Clínica del ingreso al hospital donde fue atendido con la evidencia de los estudios radiológicos de laboratorio, histológico, etc. que respalden el internamiento)
5. Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro asegurado.
6. Copia del CURP del Asegurado.
7. Comprobante de domicilio del asegurado
8. Original del Aviso de Privacidad firmado por el asegurado, el cual será proporcionado por la Compañía.
9. Original de los formatos de reclamación (Declaración A y B) Proporcionados por la Compañía.

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

RECLAMACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos siguientes:

Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado y/o especialista en el sistema y/u órgano afectado, o bien, mediante pruebas de laboratorio y gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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 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, podrán 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.

CLÁUSULAS GENERALES

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO:

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

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

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

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

Si la contratación se hace vía cajero automático, el asegurado autoriza a Seguros Banorte a usar el Número de Identificación Personal (NIP) que va ligado a la tarjeta de la institución bancaria con la que está realizando la contratación, como medio de identificación.

FORMALIZACION DEL SEGURO.

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

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

Este seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en estas condiciones generales, por lo que las partes aceptan que no es posible contratar alguna otra cobertura para este seguro.

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

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

- Un número de folio de confirmación que corresponde a la solicitud y aceptación de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;

- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, para que pueda consultar las condiciones generales del producto;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros, quejas, para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente.
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

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

OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Autorización. - El Asegurado o Contratante y la Compañía convienen que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que estas serán utilizadas en sustitución del nombre y la firma autógrafa del Asegurado, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Asegurado, por lo que estos últimos liberan a la Compañía de cualquier uso indebido de las mismas.

Toda operación efectuada por el Asegurado a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, la Compañía emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

CONTRATACIÓN VÍA INTERNET (PÁGINA WEB)

La contratación del presente contrato de seguro será a través de medios electrónico. Para la contratación electrónica vía internet, se utilizarán medios de identificación, los cuales serán validados por el Asegurado Titular durante la contratación del seguro, como se define a continuación:

Por medios de identificación se entienden como aquellos datos personales del Asegurado Titular que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), domicilio, correo electrónico y teléfono de contacto.

La póliza de seguro se contrata vía internet con los medios de identificación antes señalados, la forma de pago sólo podrá hacerse única y exclusivamente mediante cargos a tarjetas de crédito o débito, por lo que el Asegurado Titular, al proporcionar el número de su tarjeta y el código de seguridad, consiente la celebración del contrato de seguro mencionado.

La Compañía se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos por parte del Asegurado o Contratante.

La póliza se expide junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o débito del Asegurado Titular, para el cobro de las primas, cuyos comprobantes podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración del contrato de seguro, los cuales se emiten y se entregan al Asegurado Titular en el momento de la contratación.

Las partes convienen que el uso del portal de Internet es única y exclusivamente aplicable para la aceptación del Asegurado Titular para contratar la póliza de seguro, según se establece en esta cláusula.

BENEFICIARIOS.

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, por lo que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la suma asegurada y la entregue a otras; por ejemplo “a los hijos menores del Asegurado”.

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

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esta renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos antes que el Asegurado, la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

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

En caso de que el Asegurado no hubiese hecho la designación de beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión de éste.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios 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 no consideran el contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

NOTIFICACIONES ELECTRONICAS DEL SEGURO.

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

- I. 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;

DOCUMENTACION 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 treinta días naturales contados a partir de la fecha de 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:

1. Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.
2. 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.

De forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx o en www.banorte.com o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500.

En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.

INDISPUTABILIDAD

Al no existir cuestionario previo, no existen omisiones o reticencias que; sin mala fe, el contratante o asegurado haya tenido al efectuar la declaración de seguro, con base en las cuales se ha emitido y formalizado la póliza, por lo que no le resultaran perjudiciales al asegurado, salvo que se trate de la edad real del asegurado al tiempo de la celebración del presente contrato de seguro, cuando esta se ubique fuera de los límites de aceptación fijados en las presentes condiciones generales.

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitarlo por; a) escrito a la Compañía; b) mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500 o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado y que al efecto implemente la Compañía, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último periodo pagado. De esta manera la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el periodo ya pagado. La fecha de vencimiento del último periodo pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

Una vez presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios antes señalados, el Asegurado recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio de cancelación de forma inmediata o en un plazo no mayor a 48 horas posteriores, a partir del cual la Compañía generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo antes citado.

PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato, únicamente la cobertura básica y adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

CONTRATO DE SEGURO

La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, las cláusulas adicionales que se agreguen constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Asegurado.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título 5 Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años, contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, 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 beneficiario, el Asegurado o sus causahabientes podrán 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 Servicios Financieros,
- Los Tribunales Competentes.

SUICIDIO

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este contrato de Seguro no está sujeto a restricciones de residencia, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado

estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales 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.

INDEMNIZACION POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación,

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

INTERÉS MORATORIO

“Artículo 276. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

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

EDAD

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

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

DESCUENTOS A LA EDAD

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

EDAD FUERA DE LÍMITE

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

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

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Edad de Cancelación
Muerte	18	69	70
EG	18	69	70
FCOV	18	69	70
HCOV	18	69	70

La cobertura será cancelada automáticamente. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

MONEDA

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

INMUTABILIDAD

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

VIGENCIA

La vigencia de este Contrato de Seguro comienza a las 12:00 horas de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza hasta las 12:00 horas de la fecha de vencimiento, también indicado en la carátula.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

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

Dichos plazos empezarán a contar a partir de la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

El plazo de que trata el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de

la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces, ignoraban dicha realización.

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

RENOVACIÓN.

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Asegurado comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza, **siempre y cuando la edad del Asegurado no exceda los 70 años a la fecha de la renovación.**

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de la renovación y de conformidad con la tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del Contrato de Seguro hubiesen cesado por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado ajustándose a lo siguiente:

- a) Si la rehabilitación es solicitada en un período no mayor a 30 días contados a partir de la fecha de cancelación por falta de pago, el Contratante deberá solicitar dicha rehabilitación por escrito, acompañada de una carta de NO SINIESTRALIDAD y del pago correspondiente.
- b) Si la rehabilitación es solicitada, en un período mayor a 30 días contados a partir de la fecha de cancelación por falta de pago, esta NO se llevará a cabo, no obstante, el Contratante estará en posibilidad de contratar una nueva póliza.

MODIFICACIONES

Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

NOTIFICACIONES

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

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

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

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas.

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

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

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

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

PRIMAS

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 desde este momento, el cual será de 45 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza de referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Contratante liquidará la diferencia.

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

El Contratante y/o Asegurado Titular que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro “Descuento por Nómina” o “Domiciliación Bancaria” (cuenta de cheques, débito o crédito), tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima correspondiente. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 800 500 2500 para reportarlo. Si dentro de 45 días naturales posteriores al vencimiento de la prima no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato.

Cabe señalar que el estado de cuenta del Contratante donde aparezca el cargo correspondiente de la prima del seguro contratado, hará prueba plena para acreditar el pago de la misma.

En caso de cancelación de este contrato de seguro por instrucción expresa del Contratante, podrá proceder el cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de cancelación por el “desfasamiento” del cobro de la prima correspondiente.

Para los cargos por domiciliación bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la póliza en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en este contrato:

- I. Cancelación del instrumento bancario no notificado a la Compañía.
- II. Reposición(es) de tarjeta(s) de crédito no notificada(s) a la

Compañía con diferente número de cuenta o tarjeta.

- III. Por rechazo bancario.
- IV. Falta de fondos o crédito.
- V. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo imputable al Contratante y/o Asegurado Titular.

VALORES GARANTIZADOS

Este producto NO otorga valores garantizados.

AVISO DE SINIESTRO

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento de la realización del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Compañía de seguros tan pronto como cese el impedimento, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigirle, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias. En observancia de los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PRUEBAS

El reclamante presentará a su costa 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 costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía pagará, cuando proceda, las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas que se le adeuden.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **13 de noviembre de 2020**, con el número **CNSF-S0001-0508-2020/ CONDUSEF-004635-01**.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

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