

Vida Protección Credinómina

En caso de siniestro acude a tu sucursal Banorte más cercana y con gusto te indicaremos el proceso a seguir.

Para solicitar mayor información llama a nuestro

Centro de Atención Telefónica

01 800 500 2500

de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 10:00 p.m.

Conoce más en banorte.com



CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	8
COBERTURAS ADICIONALES	9
CLÁUSULAS GENERALES	16

CONDICIONES GENERALES
Vida Individual Protección Credinómina

DEFINICIONES

ACCIDENTE

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o su muerte, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

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

ACREDITANTE

Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un crédito al Asegurado.

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. En este caso, el beneficiario será específicamente, Banco Mercantil del Norte, S.A.

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.

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.

CONTRATO DE CRÉDITO

Es aquél en virtud del cual, el banco que otorga el crédito (acreditante) se obliga a entregar una cantidad de dinero al cliente (acreditado) obligándose el cliente a pagarle al banco el dinero que le haya entregado, y todos los demás gastos a los que se haya comprometido y, en todo caso, a pagarle los intereses, gastos y comisiones en los que hayan estado de acuerdo.

CRÉDITO

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

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.

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.

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.

ENFERMEDAD

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

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

MÉDICO

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

PÉRDIDA ORGÁNICA

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

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

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.

SALDO INSOLUTO

Es el monto de la deuda que el Asegurado tiene con el banco a la fecha del siniestro, de acuerdo a lo establecido en la “Tabla de Amortización” expedida al momento de contratar el crédito por la Institución Bancaria. En dicho monto se incluyen los accesorios (intereses normales, I.V.A. y prima de seguros) más el monto que se genere por concepto de mensualidades vencidas.

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 de nómina del asegurado sobre la cual la Institución Bancaria le otorga un crédito.

COBERTURA BÁSICA

RIESGOS CUBIERTOS.

FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado; la Compañía pagará como Suma Asegurada, el saldo insoluto de la deuda que corresponda a la fecha del siniestro.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin ninguna otra obligación para la Compañía.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
- b. Cuando se pague la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PAI).

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

- Solicitud de reclamación 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

ENDOSO

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

DEFINICIONES

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto por la cobertura que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

RIESGO CUBIERTO

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará como Suma Asegurada el saldo insoluto de la deuda que corresponda a la fecha del siniestro, pago que se efectuará después de transcurrido un período de espera de 3 meses contados a partir de la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

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

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

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

Esta cobertura no ampara la invalidez temporal que pudiera sufrir el Asegurado.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

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

- 1 **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en**

- pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
- 2 **Accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo motorizado tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
 - 3 **Invalidez sufrida por el Asegurado en riña, siempre que éste haya provocado tal hecho.**
 - 4 **Invalidez ocurrida por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, droga o enervante, excepto si fueron prescritos por un médico.**
 - 5 **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, por actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
 - 6 **Invalidez sufrida por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
 - 7 **Invalidez o pérdida orgánica del Asegurado como consecuencia de lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
 - 8 **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
 - 9 **Invalidez del Asegurado como consecuencia de inhalar gas tóxico de cualquier tipo, a menos que se demuestre que fue accidental.**

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

11 Invalidez temporal del Asegurado.

PRUEBAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

Documentos para hacer la reclamación en caso de siniestro.

- Original de las declaraciones A y B (formatos proporcionados por la compañía)
- Formato de Invalidez expedida por el IMSS (la forma ST3 o ST4, o la similar que otorga el ISSSTE), en caso de que el Asegurado no tenga ninguna protección social (IMSS o ISSSTE, Sector Salud o institutos médicos gubernamentales), carta formal de la Institución ó Médico Especialista que declara la Invalidez Total y Permanente por causa de accidente o enfermedad.

ENDOSO

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DINV)

DEFINICIONES

ASEGURADO DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Es la persona que solicita la contratación de la cobertura, que cumple con todos y cada uno de los siguientes requisitos en la fecha del inicio de vigencia de la póliza:

- a) Sea empleado activo de una Empresa, a través de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo, además que dicho contrato no tenga pactado un periodo de prueba ni de capacitación inicial y de haberse pactado, se hayan concluido dichos periodos.
- b) Tener por lo menos 12 meses ininterrumpidos de trabajar en las condiciones antes descritas, lo cual, en caso de que la Compañía lo requiera, deberá acreditar con copias de los recibos de nómina de los últimos 12 meses; y
- c) Tener una antigüedad mínima de 3 meses en su empleo actual con la Empresa, situación que deberá acreditar mediante los recibos de nómina correspondientes, siempre y cuando no se haya pactado en el contrato laboral un periodo de prueba ni de capacitación, y de haberse pactado, haber transcurrido 3 meses de que concluyó dicho periodo.
- d) Haber sido aceptado por la Compañía

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

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

EMPRESA

Persona moral con la cual el Asegurado tenga celebrado un contrato de trabajo por tiempo indeterminado y en el cual se establezca una jornada de tiempo completo. Se entiende que una relación laboral es de tiempo completo cuando demanda al empleado trabajar cuando menos 40 horas semanales para la Empresa.

PERIODO DE CARENCIA

El periodo de carencia, es el periodo de 60 días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, para que el Asegurado se encuentre cubierto por la cobertura de desempleo involuntario.

RIESGO CUBIERTO

Si el Asegurado (Acreditado titular del crédito) sufre un estado de desempleo involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía cubrirá mensualmente al acreditante únicamente el pago de la mensualidad pactada entre el Asegurado y el Acreditante en el crédito contratado, mensualidad que incluirá el costo mensual de los seguros deudores asociados con el crédito.

El número de mensualidades que pagará la Compañía al Acreditante será el indicado en la carátula de la póliza, sin exceder del número de meses faltantes para finalizar el plazo del crédito. En caso de que el crédito hubiese terminado de pagarse, pero el beneficio de esta cobertura no, entonces las mensualidades que falten por pagarse para concluir con el número indicado en la carátula de la póliza, se le pagarán al Asegurado.

Los beneficios se harán efectivos siempre y cuando se cumpla con lo establecido en esta cobertura y además:

El desempleo involuntario ocurra después de haber transcurrido el período de carencia de 60 días.

Si el desempleo ocurre durante el período de carencia de 60 días, la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada para esta cobertura.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Desempleo Involuntario (DES):

Esta Cobertura no ampara:

1. Retiro voluntario del empleo.
2. Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.
3. Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.
4. Pérdida del empleo por incapacidad, causada por lesiones autoinfringidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado).
5. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.
6. A personas con empleo temporal.
7. A trabajadores independientes.
8. Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.
9. Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia falta de atención o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.
10. Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).
11. Desempleo cuando el Asegurado hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la Fecha de Inicio de vigencia de la póliza.
12. El fallecimiento del Asegurado.
13. Por la suspensión temporal de la relación de trabajo, cualquiera que sea su causa.

Documentos para hacer la reclamación en caso de siniestro.

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Original y copia para cotejo, de la liquidación (FINIQUITO) pagada al Asegurado por concepto de indemnización por despido, que contenga fecha de expedición y los importes desglosados por cada uno de los conceptos liquidados, el cual debe tener, ya sea la firma del representante y sello de la empresa o bien que el mismo esté en hoja membretada de la empresa y/o que incluya los datos de la persona de contacto en la empresa con quien se puede corroborar la información contenida en el FINIQUITO;
- En caso de no tener FINIQUITO, copia simple de la demanda interpuesta por el Asegurado de despido injustificado contra la empresa o copia certificada del laudo firme en el que la autoridad determine el despido injustificado. En caso de que el Asegurado desee acudir ante algún mecanismo alternativo de solución de controversias, con la finalidad de acreditar el desempleo involuntario, podrá presentar el escrito de reclamación y/o denuncia de despido injustificado interpuesta contra la empresa, llevado ante la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), o bien ante las Procuradurías locales del domicilio del Asegurado.
- Copia simple de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al siniestro o en su defecto carta constancia expedida por la empresa y firmada por un representante legal en la cual se haga constar el periodo que laboró y el sueldo que percibía.

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 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 obligarán 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 débito donde la Institución Bancaria le deposita su nómina, como medio de identificación.

En virtud de que el seguro se contrata en función de cubrir el saldo insoluto del crédito otorgado al asegurado por el banco, por lo anterior, se ligará el pago de la prima a la cuenta de nómina y a la tarjeta derivada de la misma.

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 de débito 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.

Lo anterior, no será aplicable al momento de la contratación del crédito, cuando la misma se realice a través de sucursal bancaria.

En este sentido, dicha cláusula no tendrá efecto cuando dicha contratación se realice a través de sucursal bancaria.

Este seguro sólo tiene las coberturas básicas 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.

BENEFICIARIOS.

El asegurado está de acuerdo en que el beneficiario de este seguro de vida, sea específicamente Banco Mercantil del Norte, S.A.

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;

Por motivos de seguridad, el asegurado sólo podrá contratar un seguro de vida ligado a su crédito de nómina.

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.- 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.
- 2.- El Asegurado puede consultar las condiciones generales en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx o en www.banorte.com
- 3.- En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.
- 4.- Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.

De forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx o en www.banorte.com o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 01 800 500 25 00.

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.

Lo anterior, no será aplicable al momento de la contratación del crédito, cuando la misma se realice a través de sucursal bancaria.

En este sentido, dicha cláusula no tendrá efecto cuando dicha contratación se realice a través de sucursal bancaria.

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Asegurado y/o contratante cuando el Asegurado y/o contratante haya liquidado anticipadamente su crédito con el acreditante.

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 01 800 500 25 00, o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior, de acuerdo a lo siguiente:

- Para temporalidades menores o iguales a un año, se restituirá al contratante la prima neta no devengada, calculada en días exactos a la fecha de cancelación.
- Para temporalidades mayores a un año aplicará lo correspondiente a la cláusula de valores garantizados.

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

PROTECCIÓN

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

CONTRATO DE SEGURO

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

COMPETENCIA

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

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años, contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, 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 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 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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII.** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

EDAD

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

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

DESCUENTOS A LA EDAD

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

EDAD FUERA DE LÍMITE

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

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

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
Fallecimiento	18 años	80 años
PAI	18 años	70 años
DINV	18 años	60 años

La cobertura será cancelada automáticamente al término del plazo estipulado en la caratula de póliza.

MONEDA

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

INMUTABILIDAD

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

VIGENCIA

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

PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

El plazo de que trata el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces, ignoraban dicha realización.

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

REHABILITACIÓN

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

- a) Si la rehabilitación es solicitada en un período no mayor a 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 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

NOTIFICACIONES

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

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

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

LIQUIDACIÓN

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

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

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

La Compañía se obliga a notificar al acreditado asegurado y/o a sus causahabientes, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses, y entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

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

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

PRIMAS

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

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

PAGO DE PRIMAS

LA FORMA DE PAGO PACTADA ES CON PRIMA ÚNICA, YA QUE EL MONTO TOTAL DE LA PRIMA, DEBERÁ SER PAGADO AL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO

VALORES GARANTIZADOS

Para los seguros temporales mayores a 12 meses los valores garantizados son beneficios, a los que tiene derecho el Contratante.

El valor garantizado que este seguro otorgara en caso de cancelación anticipada es el valor de rescate.

VALOR DE RESCATE

Representa el valor en efectivo que el contratante recibirá en una sola exhibición. **El seguro quedará cancelado una vez que se pague el valor de rescate.**

El contratante recibirá como valor de rescate a la fecha de cancelación, el monto determinado de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros de Fianzas,

AVISO DE SINIESTRO

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

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

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

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 3 de agosto de 2018, con el número **CNSF-S0001-0396-2018/CONDUSEF-003358-01**.

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, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

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