

Vida Vida Incremental Banorte

Para solicitar mayor información llama a nuestro

Centro de Atención Telefónica

800 500 2500

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	5
COBERTURA BÁSICA	9
COBERTURAS ADICIONALES	10
CLÁUSULAS GENERALES	40

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
VIDA INCREMENTAL BANORTE**

DEFINICIONES

ACCIDENTE AMPARADO

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o su muerte, siempre que el fallecimiento o las lesiones ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, por lo tanto, no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el 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 y que además es servidor público de las Secretarías, Órganos Administrativos Desconcentrados, Entidades y Organismos Autónomos participantes de la Administración Pública Federal.

BANCO

Institución de banca múltiple, con la cual el Asegurado podrá tener, o 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 GENERALES

Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y las características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y los derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

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 o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

CONTRATO DE SEGURO

Documento donde se establecen los términos y las condiciones celebradas entre el Contratante y la Institución, así como los derechos y las obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza,

la solicitud de seguro y los endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro. Este contrato de seguro está constituido por:

- Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas en la solicitud del seguro
- La Póliza
- Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato
- Las condiciones generales
- Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

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.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Institución pública o privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año, y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

INTERNET

Medio electrónico por virtud del cual se define una red global que permite el intercambio libre de información entre todos sus usuarios y que para efectos de la contratación del presente producto de seguro, permite que se puedan realizar operaciones y/o contratar servicios financieros, siendo necesario la autenticación a través del uso de claves y contraseñas que al efecto hayan convenido previamente la Institución y el Asegurado o Contratante, cuyo uso es estrictamente personal e intransferible.

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).

PERÍODO DE GRACIA

Periodo de tiempo durante el cual, aunque no esté pagado el recibo correspondiente a la prima (ya sea por pago único o fraccionado) surtirán efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

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.

PÓLIZA

Conjunto de documentos que establecen los derechos y las obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y las condiciones específicas que se seguirán en este proceso y que, en general, se componen de:

a) Carátula de la Póliza. Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento, y en el que se señala:

- Nombres y firmas de los representantes de la Compañía.

- Nombre y domicilio del Contratante
- La designación de las personas aseguradas
- La naturaleza de los riesgos transferidos
- Fecha de inicio y fin de vigencia
- Lista de endosos incluidos
- El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo, tales como deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
- Cobertura contratada
- Prima del seguro
- Montos de suma asegurada o tipo de plan

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.

TARJETA BANCARIA DIGITAL

Es una tarjeta digital que se genera a partir de una tarjeta bancaria física, la cual, puede ser de débito o crédito. La diferencia entre una tarjeta digital y física es que tienen un número y fecha de vencimiento distinto, pero cuentan con las mismas características de saldos y líneas de crédito.

La tarjeta digital es una herramienta financiera, diseñada para usarla a través de los servicios digitales de los bancos

COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica de fallecimiento se otorgará siempre con la cobertura adicional de incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez, el asegurado estará protegido por los dos riesgos sin embargo se indemnizará la ocurrencia de uno y solo uno de los

riesgos, el que ocurra primero. De tal manera que una vez ocurrido el fallecimiento la póliza se cancelará.

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 71 años
- d. Cuando se pague la suma asegurada de la cobertura de incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez.

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

- Solicitud de reclamación proporcionada por la Compañía.
- Identificación oficial vigente legible de los beneficiarios.
- Acta de defunción legible.
- Formatos de declaración proporcionados por la Compañía.

COBERTURAS ADICIONALES INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ (IToIPToI)

Esta cobertura siempre formará parte de la protección al asegurado, para la indemnización se pagará únicamente el primero de los riesgos que ocurra, ya sea fallecimiento o incapacidad total o

incapacidad permanente total o invalidez, por tanto, una vez ocurrida la incapacidad total o la incapacidad permanente total o la invalidez, la póliza se cancelará.

DEFINICIONES

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido.

INCAPACIDAD TOTAL

Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. Lo anterior provocado por los riesgos de trabajo.

INVALIDEZ

Cuando el trabajador activo haya quedado imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50 por ciento de su remuneración habitual, percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.

RIESGO DE TRABAJO

Todos aquellos accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo.

Se considera como accidentes de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente, así como aquellos que ocurran al servidor público al trasladarse directamente de su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en el que desempeñe su trabajo o viceversa.

Asimismo, se consideran como riesgos de trabajo las enfermedades señaladas por las leyes del trabajo.

Para determinar la invalidez, se requerirá que haya sido aprobada por una institución de salud pública o privada o médico con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia. En caso de que la invalidez no

sea dictaminada por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia, será determinada como improcedente.

RIESGO CUBIERTO

Si el Asegurado sufre un estado de incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez a causa de un accidente o una enfermedad, que se originen y/o sean diagnosticados por primera vez el padecimiento durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará al asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

Un servidor público cobrará la suma asegurada por incapacidad total, incapacidad permanente total o invalidez de acuerdo con el dictamen emitido por los institutos de seguridad social federal ISSSTE o IMSS según corresponda. La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez será la fecha que conste en el dictamen (RT-09) emitido por el ISSTE o IMSS según el caso.

La Compañía solo será responsable del pago de siniestros procedentes con fecha de ocurrencia y primer padecimiento inicial que se presente dentro de la vigencia de la póliza.

Al pagar la suma asegurada por incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez, el asegurado ya no tendrá derecho al pago del fallecimiento.

Queda excluido el intento de suicidio para la cobertura de incapacidad total, incapacidad permanente total o invalidez.

También se considerará que el Asegurado sufre un estado de incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez, 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.

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.
- 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 71 años

Riesgos No Cubiertos por las coberturas de Incapacidad Total o Incapacidad permanente Total o Invalidez:

1. **Esta cobertura no ampara la invalidez temporal que pudiera sufrir el Asegurado.**
2. **Queda excluido el intento de suicidio para la cobertura de incapacidad total, incapacidad permanente total o invalidez.**

PRUEBAS

Las bases que la Compañía empleará, para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez, es el siguiente:

- Para hacer efectivo el pago de esta cobertura, se deberá entregar a la Compañía el dictamen de incapacidad total o en su caso invalidez expedido por el ISSSTE: o bien, el dictamen de incapacidad permanente total o invalidez que emita el IMSS.

Adicionalmente deberán presentar a la Compañía, los formatos 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.

EncasodequelaCompañíadeterminela improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista médico en la rama de la medicina de que se trate.

Así mismo, si la enfermedad o accidente, que provoquen el estado de incapacidad total o incapacidad permanente total o 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.

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar, en caso de siniestro:

- Declaraciones A y B en los formatos proporcionados por la compañía
- Dictamen de incapacidad total o en su caso invalidez expedido por el ISSSTE: o bien, el dictamen de incapacidad permanente total o invalidez que emita el IMSS;

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad de este beneficio es apoyar a los beneficiarios del Asegurado, en el caso de que éste último llegue a fallecer por muerte accidental.

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir esta cobertura de acuerdo con sus necesidades de protección, constando la contratación en la caratula de póliza.

RIESGO CUBIERTO

La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Muerte Accidental:

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.**

2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe en 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.**
3. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
4. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
5. **Muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
6. **Accidente sufrido cuando el Asegurado se encuentre en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
7. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
8. **Lesiones autoinfligidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del Asegurado.**
9. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para**

- la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.
10. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 11. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
 12. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
 13. **La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar, en caso de siniestro:

- Declaración legible de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Acta de defunción legible del Asegurado.
- Acta de nacimiento legible del (los) beneficiario (s).
- Identificación oficial legible, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Comprobante de domicilio legible de cada uno de los Beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- CURP legible de cada beneficiario.
- Actuaciones del Ministerio Público legibles (carpeta de investigación con fe de hechos que contenga cuando menos identificación del cadáver, necropsia, autopsia, o dispensa de ésta, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera) y conclusiones del M.P.

EDADES

Las edades de aceptación de esta cobertura serán:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 70 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 71 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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 71 años.

PRIMA

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

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**(IDH)**

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad de este beneficio es apoyar al Asegurado en el caso de que llegue a requerir hospitalización.

El Contratante y/o Asegurado podrá elegir esta cobertura de acuerdo con sus necesidades de protección, constando la contratación en la caratula de póliza.

DEFINICIONES**ENFERMEDAD**

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos, de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se considera como enfermedad cubierta toda aquélla que contraiga el Asegurado y que su inicio, diagnóstico o tratamiento, ocurra mientras se encuentre vigente la cobertura respecto al Asegurado de que se trate.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de desórdenes psiquiátricos o mentales.

HOSPITALIZACIÓN

Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para el padecimiento amparado, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno, en área de hospitalización, excluyendo internamiento en área de urgencia u observación.

La hospitalización para efectos de esta cobertura de seguro es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.

RIESGO CUBIERTO

La Compañía pagará al Asegurado la cantidad especificada en la caratula de póliza para esta cobertura como indemnización diaria por hospitalización, por cada día que el Asegurado requiera permanecer internado en una institución hospitalaria por prescripción de un médico a consecuencia de accidente o enfermedad cubiertos.

La indemnización de esta cobertura se pagará cuando el Asegurado haya finalizado su periodo de hospitalización, es decir se pagará únicamente como un reembolso por el monto de la indemnización diaria contratada y especificada en la caratula de póliza.

Este beneficio aplica para cada accidente o enfermedad cubierto para un periodo mínimo de hospitalización de 24 horas y con un periodo máximo de cobertura de 180 (ciento ochenta) días.

En caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de computar el periodo máximo del beneficio.

Adicionalmente, la Compañía pagará la cantidad especificada para esta cobertura como indemnización diaria por hospitalización, por cada día que el Asegurado utilice la **unidad de terapia intensiva**, si a consecuencia del accidente o enfermedad cubierta por esta cobertura, el Asegurado requiere del uso de dicha unidad.

La indemnización de esta cobertura se pagará cuando el Asegurado haya finalizado su periodo de hospitalización, es decir se pagará únicamente como un reembolso por el monto de la indemnización diaria contratada y especificada en la caratula de póliza.

Este beneficio aplica para cada accidente o enfermedad cubierto para el que el Asegurado requiera permanecer hospitalizado en la unidad de terapia intensiva con un periodo máximo de cobertura de 180 (ciento ochenta) días.

En el caso de hospitalizaciones sucesivas en el que el Asegurado requiera permanecer hospitalizado en la unidad de terapia intensiva a causa de un mismo accidente o enfermedad, separadas por intervalos menores a un año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

RIESGOS NO CUBIERTOS PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

1. Cualquier tratamiento relacionado con enfermedades preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta cobertura y complicaciones derivadas de las mismas, cuando la Compañía cuente con las pruebas que a continuación se señalan:
 - 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 expediente médico en donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- 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.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
 3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.
 4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que sea consecuencia de un accidente.
 5. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
 6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (checkup).
 8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el SIDA.

9. Accidentes por participación del Asegurado en: servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
10. Hospitalización por actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
11. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.
12. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
13. Accidente ocurrido si el Asegurado viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.
14. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica cotidiana u ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
15. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si estos fueran prescritos por un médico.
16. Lesiones autoinfligidas por el Asegurado, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

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

Para hacer efectivo el pago de beneficios por parte de la Compañía, el Asegurado y/o sus beneficiarios deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos para el pago del Siniestro:

- Declaración legible de siniestro a la aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Póliza de seguro legible, si la tuviera.
- Identificación oficial legible, con foto y firma, del Asegurado.
- Documentos comprobatorios legibles (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio), que respalden el padecimiento objeto de la reclamación.
- Documentos legibles que comprueben la fecha de ingreso y salida del Hospital.
- Comprobante de domicilio legible vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a solicitar información o documentación en aras de comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a la Compañía no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro. La Compañía tiene derecho a exigir al reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

a. Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento 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, o bien, mediante pruebas de laboratorio o 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 b. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad 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 se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza

de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;

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

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

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.

EDADES

Las edades de aceptación de esta cobertura serán:

- • Edad Mínima de contratación: 18 años
- • Edad Máxima de contratación: 70 años
- • Edad Máxima de cancelación automática: 71 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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 71 años.

PRIMA

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

ENFERMEDADES GRAVES (EG)

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad 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 cerebrospinales que confirmen el diagnóstico.

INFARTO AL MIOCARDIO

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (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 cardiaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardiacas 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.

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, mielografía, 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 Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Angioplastia.**
7. **Para Accidente Cerebro Vascular, se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.**
8. **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.

- 9. 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.**
- 10. 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.**
- 11. 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: 70 años
- Edad Máxima de cancelación automática: 71 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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 71 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. Formatos de reclamación proporcionados por la Compañía, 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 documentalmente, 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.

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA POR ACCIDENTE (IHA)

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, la finalidad es apoyar al contratante en el caso de que llegue a requerir hospitalización por accidente.

RIESGO CUBIERTO

Si a consecuencia de un accidente amparado, el contratante requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente y mayor a 48 horas, la Compañía pagará al propio contratante la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

En caso de fallecimiento del contratante durante el periodo de hospitalización y siempre y cuando tuviera derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en el riesgo cubierto por esta cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios del contratante.

Reinstalación de suma asegurada: La suma asegurada para este beneficio se reinstalará automáticamente cada año, al momento de la renovación de la póliza bajo los mismos términos contratados inicialmente.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

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

RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:

1. Hospitalización por intento de suicidio.
2. Hospitalización por enfermedad.
3. Hospitalización por embarazo, parto, cesárea o aborto y complicaciones derivadas de las mismas. Control

de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.

4. Hospitalización por Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquiera enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones.
5. Hospitalización por tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.
6. Hospitalización por tratamientos o cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
7. Hospitalización por diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso.
8. Hospitalización por consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
9. Hospitalización por tratamientos relacionados con diálisis.
10. Hospitalización por tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.
11. Hospitalización por padecimientos de nariz y senos paranasales.
12. Hospitalización por tratamientos ambulatorios.
13. Hospitalización por atención médica en el servicio de urgencias del hospital.

14. Accidente ocurrido al asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica cotidiana u ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
15. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
16. Accidente ocurrido si el Asegurado viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.
17. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
18. Hospitalización por lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
19. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.
20. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
21. Hospitalización por lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

- 22. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
- 23. Hospitalización por envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 24. Hospitalización por lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 25. Hospitalización por infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**

EDADES

Las edades de aceptación son las siguientes:

- Edad Mínima de contratación: 18 años
- Edad Máxima de contratación: 70 años
- Edad de cancelación automática: 71 años

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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 contratante cumpla la edad de 71 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:

Para hacer efectivo el pago de beneficios por parte de la Compañía, el Asegurado y/o sus beneficiarios deberán presentar a la Compañía las siguientes pruebas:

1. Informe médico en el cual se precisen las fechas de ingreso y alta del Asegurado, que incluya diagnóstico y especifique días de permanencia en Hospitalización, expedido por la Institución Nacional de Salud Pública o Privada en la que se hospitalizó al Asegurado.
2. Los estudios y documentos en los que el Médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
3. El comprobante de la Institución Hospitalaria, con el nombre completo del paciente, el diagnóstico y el número de días de estancia.
4. La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados) Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
5. Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que la Institución no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a solicitar información o documentación en aras de comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anterior a la fecha de vigencia de la póliza podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y la Compañía para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a la Compañía no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro. La Compañía tiene derecho a exigir al reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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.

SUSTITUCIÓN DE FIRMA AUTÓGRAFA

Derivado de lo pactado en el apartado de otorgamiento de consentimiento, el contratante y/o Asegurado y la Compañía convienen que, de conformidad con los términos establecidos en las legislaciones aplicables, particularmente con lo señalado por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de Internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de las claves y contraseñas asignadas al contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio y de conformidad con lo estipulado en los artículos 1, 1803, 1811 y demás aplicables del Código Civil Federal.

FORMALIZACIÓN 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 electrónicos. 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 ELECTRÓNICAS 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;

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 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 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

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurridos dos años ininterrumpidos a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Asegurado, al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

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) mediante escrito dirigido 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 ILÍCITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

INDEMNIZACIÓN 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	70	71
IToIPTol	18	70	71

MA	18	70	71
IDH	18	70	71
EG	18	70	71
IHA	18	70	71

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

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, bajo las mismas condiciones en que fue contratado, por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, 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 71 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 45 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 45 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.

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, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que cita:

Artículo 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

PERIODO DE GRACIA

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

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.

INDEMNIZACIONES

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.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

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

DERECHOS

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

OBLIGACIONES

- Declarar por escrito a la compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.
- Declarar de forma clara y amplía la forma en que ocurrió el siniestro, así como presentar toda la documentación e información probatoria que la compañía le solicite respecto a la realización del siniestro.
- Efectuar el pago de la prima correspondiente a la cobertura contrata y especificada en la carátula de la póliza.

Información para la orientación del asegurado y/o beneficiarios en caso de siniestro.

Se describe los pasos a seguir ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que pudiera tener el asegurado y/o sus beneficiarios y que por esta situación se presentan.

- A) Fecha de inicio de cobertura.**
Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este contrato de seguro.
- B) Fecha de inicio de vigencia.**
Es la fecha a partir de la cual el contrato de seguro entra en vigor.
- C) Fecha de término de vigencia.**
Fecha en la cual concluye la protección de este contrato de seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.
- D) La Compañía.**
Nombre con el cual se designará a SEGUROS BANORTE S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE en este documento, la cual está constituida de acuerdo con las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la Póliza.
- E) Recibo de pago.**
Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece el monto de la prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.
- F) Solicitud.**
Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante, y por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.
- G) Enfermedad.**
Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo que amerite tratamiento médico.

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 17 de enero de 2024, con el número CNSF-S0001-0322-2023/CONDUSEF-006166-02.

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 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.

ANEXO DE LEGISLACIÓN

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

- Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

- Ley Federal del Trabajo

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

Adicional, 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