

**ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL (MA)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

RIESGO CUBIERTO**MUERTE ACCIDENTAL (MA)**

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

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte ocurrida por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**

8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

MUERTE ACCIDENTAL

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

El presente contrato de seguro se registrará por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de seguros y de Fianzas, La ley sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A” (POA)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de cualquier dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas del mismo dedo o la pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

RIESGO CUBIERTO**PERDIDAS ORGÁNICAS (POA)**

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones “A” que más adelante se detalla, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna(s) de las siguientes pérdidas orgánicas:

| Tabla de Indemnizaciones “A” | |
|--|-------------------------------|
| Por la pérdida de: | % de la Suma Asegurada |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 30% |
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio o anular o el meñique de cualquier mano | 5% |

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

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

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

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

- 1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
- 2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
- 3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 4. Lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- 5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
- 6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
- 7. Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
- 8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
- 9. Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 12. Lesiones o cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones); o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.

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

El presente contrato de seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de seguros y de Fianzas, La ley sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B” (POB)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de cualquier dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas del mismo dedo o la pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

RIESGO CUBIERTO**PERDIDAS ORGÁNICAS (POB)**

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones “B” que más adelante se detalla, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna(s) de las siguientes pérdidas orgánicas:

| Tabla de Indemnizaciones “B” | |
|--|-------------------------------|
| Por la pérdida de: | % de la Suma Asegurada |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 30% |
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio o anular o el meñique de cualquier mano | 5% |
| Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos | 25% |
| Sordera completa de los oídos | 25% |
| El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano | 20% |
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio o anular o el meñique de cualquier mano | 5% |

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

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

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

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración “A” y “B” firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones); o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas a la Pérdida Orgánica; según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió, que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la identificación oficial del Asegurado (credencial elector, pasaporte vigente o cédula profesional).
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A” (MAPOA)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de cualquier dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas del mismo dedo o la pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

RIESGO CUBIERTO**MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A” (MAPOA).**

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

| Tabla de Indemnizaciones “A” | |
|--|-------------------------------|
| Por la pérdida de: | % de la Suma Asegurada |
| La Vida | 100% |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 30% |
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio anular o el meñique de cualquier mano | 5% |

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

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

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

MUERTE ACCIDENTAL

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

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones) o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas a la Pérdida Orgánica; según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió, que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la identificación oficial del Asegurado (credencial elector, pasaporte vigente o cédula profesional) en caso de que la tuviese.
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B” (MAPOB)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de cualquier dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas del mismo dedo o la pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

RIESGO CUBIERTO**MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B” (MAPOB).**

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

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

| Tabla de Indemnizaciones “B” | |
|--|-------------------------------|
| Por la pérdida de: | % de la Suma Asegurada |
| La Vida | 100% |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 30% |
| Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano | 30% |
| Tres dedos, que no sea el pulgar o el índice de una mano | 25% |
| El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano | 25% |
| Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos | 25% |
| Sordera completa de los oídos | 25% |
| El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano | 20% |
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio o anular o meñique de cualquier mano | 5% |

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

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

MUERTE ACCIDENTAL

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

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones); o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas a la Pérdida Orgánica; según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió, que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la identificación oficial del Asegurado (credencial elector, pasaporte vigente o cédula profesional) en caso de que la tuviese.
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE ACCIDENTE COLECTIVO (AC)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

ACCIDENTE COLECTIVO

Se considera **Accidente Colectivo** aquel accidente que sufra el Asegurado:

- a) Al accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Al accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
- c) En un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

RIESGO CUBIERTO**ACCIDENTE COLECTIVO (AC)**

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

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**

5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

ACCIDENTE COLECTIVO

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración 1 y 2 firmado(s) y contestado(s) por el(los) reclamante(s), y médico que certificó el fallecimiento.
- Original del Acta de Defunción del asegurado
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Original del Acta de Matrimonio (en caso de que el beneficiario sea el cónyuge).
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) beneficiario(s).
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese y CURP del(los) beneficiario(s)
- Copia de comprobante de domicilio del (de los) beneficiario(s)
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE DOBLE COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO "A" (DCACA)
CONDICIONES PARTICULARES**

DEFINICIONES
ACCIDENTE

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida cualquier dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas del mismo dedo o la pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

ACCIDENTE COLECTIVO

Se considera **Accidente Colectivo** aquel accidente que sufra el Asegurado:

- Al accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- Al accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
- En un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

RIESGO CUBIERTO
DOBLE COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO "A" (DCACA)

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

| Tabla de Indemnizaciones "A" | |
|--|-------------------------------|
| Por la pérdida de: | % de la Suma Asegurada |
| La Vida | 100% |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 30% |
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio o anular o el meñique de cualquier mano. | 5% |

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

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

La Compañía duplicará la indemnización señalada anteriormente si el accidente que provocó el fallecimiento o las pérdidas orgánicas del Asegurado fue un accidente colectivo.

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados**

de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

12. La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

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

MUERTE ACCIDENTAL

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

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones); o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas a la Pérdida Orgánica; según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la identificación oficial del Asegurado (credencial elector, pasaporte vigente o cédula profesional) en caso de que la tuviese.
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

ACCIDENTE COLECTIVO

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración 1 y 2 firmado(s) y contestado(s) por el(los) reclamante(s), y médico que certificó el fallecimiento.
- Original del Acta de Defunción del asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Original del Acta de Matrimonio (en caso de que el beneficiario sea el cónyuge).
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) beneficiario(s).
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese y CURP del(los) beneficiario(s).
- Copia de comprobante de domicilio del (de los) beneficiario(s)
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE DOBLE COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO “B” (DCACB)
CONDICIONES PARTICULARES**

DEFINICIONES
ACCIDENTE

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

PERDIDA ORGÁNICA

Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida cualquier dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas del mismo dedo o la pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

ACCIDENTE COLECTIVO

Se considera **Accidente Colectivo** aquel accidente que sufra el Asegurado:

- a) Al accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Al accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
- c) En un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

RIESGO CUBIERTO
DOBLE COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO “B” (DCACB)

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

| Tabla de Indemnizaciones “B” | |
|--|-------------------------------|
| Por la pérdida de: | % de la Suma Asegurada |
| La Vida | 100% |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 30% |
| Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano | 30% |
| Tres dedos, que no sea el pulgar o el índice de una mano | 25% |
| El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano | 25% |
| Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos | 25% |
| Sordera completa de los oídos | 25% |
| El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano | 20% |

| | |
|--|-----|
| El dedo pulgar de cualquier mano | 15% |
| El dedo índice de cualquier mano | 10% |
| El dedo medio o anular o meñique de cualquier mano | 5% |

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

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

La Compañía duplicará la indemnización señalada anteriormente si el accidente que provocó el fallecimiento o las pérdidas orgánicas del Asegurado fue un accidente colectivo.

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

- 1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
- 2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
- 3. Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 4. Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- 5. Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
- 6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
- 7. Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
- 8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial,**

debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.

9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

MUERTE ACCIDENTAL

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

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración "A" y "B" firmados y contestados por nuestro Asegurado y médico que atendió al momento de la eventualidad
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Original del dictamen médico emitido por la institución de Seguridad Social a la que era derechohabiente el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas a la Pérdida Orgánica; según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la identificación oficial del Asegurado (credencial elector, pasaporte vigente o cédula profesional) en caso de que la tuviese.
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

ACCIDENTE COLECTIVO

- Original de los formatos de reclamación, proporcionados por la Compañía; Declaración 1 y 2 firmado(s) y contestado(s) por el(los) reclamante(s), y médico que certificó el fallecimiento.
- Original del Acta de Defunción
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Original del Acta de Matrimonio (en caso de que el beneficiario sea el cónyuge).
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del (de los) beneficiario(s).
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese y CURP del(los) beneficiario(s).
- Copia de comprobante de domicilio del (de los) beneficiario(s)
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado o póliza donde se especifique la designación de beneficiario (s).

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

ENDOSO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

ACCIDENTE DE TRABAJO

Se entenderá por accidente de trabajo, todo accidente que sufra el Asegurado en ejercicio o con motivo de su trabajo habitual. Quedan comprendidos bajo esta cobertura, los accidentes que se produzcan al trasladarse el Asegurado directamente de su domicilio al lugar de trabajo y viceversa, o los que ocurran en traslados por comisiones de trabajo.

RIESGO CUBIERTO

ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Si como consecuencia de un accidente de trabajo, el Asegurado fallece durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada, siempre y cuando, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente de trabajo el Asegurado fallece, y dicho accidente de trabajo ocurre durante la vigencia de esta cobertura.

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**

7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

ACCIDENTE DE TRABAJO

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original del Acta de Defunción del Asegurado.
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario (s)
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Copia simple del Comprobante de domicilio de cada Beneficios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese y CURP del(los) beneficiario(s).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- Original de la Carta laboral expedida por Recursos Humanos o en su defecto por el contratante donde se especifique que el Asegurado estaba ejerciendo su trabajo habitual en el momento que ocurrió el accidente.
- Documento original expedido por la institución a la que pertenezca el trabajador; IMSS (ST7), ISSSTE, Sector Salud; Institutos Gubernamentales; etc. validando el accidente laboral o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

ENDOSO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y, que por un periodo de seis meses continuos, le impida al Asegurado el desempeño de todas las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual.

Además se considerarán como invalidez total y permanente:

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

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

En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Son aquellos 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.

RIESGO CUBIERTO

COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

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

También se considerará invalidez total y permanente:

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

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

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de presión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**
13. **La Invalidez Total y Permanente resultante de padecimientos preexistentes.**

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

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

- Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó, siempre y cuando el médico sea Especialista con Cédula registrada en el área afectada o un médico laboral certificado extienda el informe y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

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

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

El Asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;

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

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

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Original de los formatos de reclamación proporcionados por la Compañía; Declaración A y B firmado(s) y contestado(s) por el (los) reclamante(s) y médico que certificó la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de comprobante de domicilio de nuestro Asegurado
- Original del Dictamen de Invalidez ST3, ST4 expedido por el IMSS; o el homologo expedido por el ISSSTE, Sector Salud, Institutos Médicos Gubernamentales, etc. o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

ENDOSO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y, que por un periodo de seis meses continuos, le impida al Asegurado el desempeño de todas las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual.

Además se considerarán como invalidez total y permanente:

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

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

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Son aquellos 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.

RIESGO CUBIERTO

EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI)

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le otorgará sin costo una póliza de seguro de vida individual por la suma asegurada que tenía contratada en la cobertura básica, que lo asegurará de forma vitalicia, desde la fecha en que le sea dictaminado el estado de invalidez total y permanente y una vez que se haya probado dicho estado y una vez transcurrido el periodo de espera de seis meses contado desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

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

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de presión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**
13. **La Invalidez Total y Permanente resultante de padecimientos preexistentes**

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

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

- Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó, siempre y cuando el médico sea Especialista con Cédula registrada en el área afectada o un médico laboral certificado extienda el informe y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

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

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

El Asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;

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

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

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

EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Original de los formatos de reclamación proporcionados por la Compañía; Declaración A y B firmado(s) y contestado(s) por el (los) reclamante(s) y médico que certificó la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de comprobante de domicilio de nuestro Asegurado
- Original del Dictamen de Invalidez ST3, ST4 expedido por el IMSS; o el homologado expedido por el ISSSTE, Sector Salud, Institutos Médicos Gubernamentales, etc. o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (BITA)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y que le impida al Asegurado el desempeño de todas las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual. Además se considerarán como invalidez total y permanente:

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

En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

RIESGO CUBIERTO**COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (BITA)**

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada de esta cobertura.

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**

3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
4. **Lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

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

- Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó siempre y cuando el médico sea Especialista con Cédula registrada en el área afectada o un médico laboral certificado extienda el informe y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

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

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

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

- Original del Informe Médico, en los formatos que la Aseguradora proporcione.
- Original del Dictamen de Invalidez Total expedido por la Institución de Salud a la que se encuentra afiliado el Asegurado (si es que se encuentra afiliado en alguna de dichas Instituciones) o en su defecto una copia certificada por el mismo instituto que lo emitió.
- Original del Resumen Médico completo, con atención en las notas relacionadas con el padecimiento que origina la incapacidad, según la Institución particular en que se dio la atención por el especialista que lo atendió que deberá ser un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acorde a la especialidad del órgano afectado.
- Copia simple de la Identificación oficial con foto y firma, del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Documentos comprobatorios del padecimiento incapacitante (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).
- Copia simple del Comprobante de domicilio del asegurado, (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público que contenga: declaración de testigos de hechos y de identidad, resultado de los exámenes de alcohol y toxicológicos practicadas al asegurado, dictamen de los peritos que establezcan como sucedieron los hechos, levantamiento de cadáver, resultado de la necropsia, en caso de haberse realizado.
- Copia simple de la CURP del Asegurado en caso de que la tuviese.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO (GSA)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO (GSA)**

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

La suma asegurada en ningún caso será superior a 60 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

PRIMA

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

CANCELACIÓN

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

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

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:**GASTOS DE SEPELIO DEL ASEGURADO**

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

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DE LOS HIJOS (GSH)
CONDICIONES PARTICULARES****RIESGO CUBIERTO****GASTOS DE SEPELIO DE LOS HIJOS (GSH)**

En caso de fallecimiento de los hijos del Asegurado, se pagará al Asegurado por concepto de gastos de sepelio, la suma asegurada estipulada para esta cobertura.

La suma asegurada en ningún caso será superior a 60 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA)

Los hijos del Asegurado estarán sujetos a esta cobertura hasta los veinticuatro años mientras dependan económicamente del Asegurado, vivan en su mismo hogar y hayan nacido vivos.

Si ocurre la muerte del Asegurado simultáneamente a la de alguno de los hijos, se considerará que éste último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado.

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado Titular cumpla la edad de 81 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:**GASTOS DE SEPELIO DE LOS HIJOS**

1. Copia simple del consentimiento firmado por el asegurado.
2. Original del Acta de Defunción del hijo.
3. Original del Acta de Nacimiento del Asegurado
4. Original del Acta de Nacimiento del hijo.
5. Copia simple de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte vigente o cédula profesional) hijo, en caso de ser menor, copia del CURP.
6. Declaración 5 con aviso de privacidad debidamente requisitada por el asegurado titular, la cual será proporcionada por la Compañía al momento de presentar la reclamación.
7. Copia simple de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte vigente o cédula profesional) del asegurado titular.
8. Copia simple del comprobante de domicilio del asegurado, no mayor a tres meses.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DEL CÓNYUGE (GSC)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****CÓNYUGE**

Se considerará como cónyuge a la esposa o esposo, concubina o concubinario del Asegurado de conformidad con lo establecido en el Código Civil Federal.

RIESGO CUBIERTO**GASTOS DE SEPELIO DEL CÓNYUGE (GSC)**

En caso de fallecimiento del cónyuge del Asegurado, éste recibirá por concepto de gastos de sepelio, la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

La suma asegurada en ningún caso será superior a 60 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Si ocurre la muerte del Asegurado simultáneamente a la del cónyuge, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado.

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado Titular cumpla la edad de 81 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:**GASTOS DE SEPELIO DEL CÓNYUGE**

1. Copia simple del consentimiento firmado por el asegurado.
2. Original del Acta de Defunción del Cónyuge.
3. Original del Acta de Nacimiento del Cónyuge.
4. Copia simple de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte vigente o cédula profesional) del Cónyuge.
5. Declaración 5 con aviso de privacidad debidamente requisitada por el asegurado titular, la cual será proporcionada por la Compañía al momento de presentar la reclamación.
6. Original Acta de Matrimonio, o Jurisdicción Voluntaria de concubinato ante el Juzgado de lo Familiar competente, o ante Notario.
7. Copia simple de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte vigente o cédula profesional) del asegurado titular.
8. Copia simple del CURP del cónyuge.
9. Copia simple del comprobante de domicilio del asegurado titular, no mayor a tres meses.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE GASTOS DE SEPELIO DE LOS PADRES (GSP)
CONDICIONES PARTICULARES****RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO****GASTOS DE SEPELIO DE LOS PADRES (GSP)**

Esta cobertura cubre de manera mancomunada a los padres (mamá ó papá) del Asegurado, por esta razón, durante su vigencia ésta solo puede afectarse en una sola ocasión.

La Compañía le pagará al Asegurado por concepto de gastos de sepelio de los padres, la suma asegurada contratada en esta cobertura cuando alguno de sus padres fallezca durante la vigencia de esta cobertura.

Si durante la vigencia de esta cobertura:

1. Ocurre el fallecimiento del Asegurado simultáneamente a la de alguno de sus padres, se considerará que este último falleció primero, por ende la indemnización de esta cobertura será pagada por partes iguales a los beneficiarios designados por el Asegurado o, en caso de no existir designación, a la sucesión de éste.
2. Ocurre el fallecimiento simultáneo de ambos padres del Asegurado, la responsabilidad de la compañía respecto de esta cobertura quedará cumplida al pagar solamente lo que corresponde a uno de los padres.

La suma asegurada en ningún caso será superior a 60 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Al pago de esta cobertura por el fallecimiento de alguno de los padres.

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA EL PAGO DE SINIESTROS:**GASTOS DE SEPELIO DE LOS PADRES**

1. Copia simple del consentimiento firmado por el asegurado.
2. Original del Acta de Defunción del padre
3. Original del Acta de Nacimiento del padre.
4. Original del Acta de Nacimiento del Asegurado
5. Copia simple de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte vigente o cédula profesional) del padre.
6. Declaración 5 con aviso de privacidad debidamente requisitada por el asegurado titular, la cual será proporcionada por la Compañía al momento de presentar la reclamación.
7. Copia simple de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte vigente o cédula profesional) del asegurado titular.
8. Copia simple del CURP del cónyuge, hijo o padre, y del asegurado titular.
9. Copia simple del comprobante de domicilio del asegurado titular, no mayor a tres meses.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

ENDOSO DE ENFERMEDADES GRAVES (EG) CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

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

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

Adicionalmente deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico.

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

CÁNCER

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

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

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

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

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

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

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

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

INFARTO AL MIOCARDIO

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo 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 Cardíacas en la Sangre Periférica.

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

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

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

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

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

PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

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

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

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.

MÉDICO

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

RIESGO CUBIERTO

ENFERMEDADES GRAVES (EG)

La Compañía pagará al Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura, 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.

AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

Presentar a la Compañía los siguientes elementos comprobatorios:

- El diagnóstico de su Enfermedad Grave, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- El diagnóstico deberá ser efectuado y certificado por un médico.

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

CLAUSULA LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización, cuando sea procedente, en sus oficinas, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido la información y documentos que le permitan conocer el fundamento de su reclamación, en los términos de la cláusula de: Aviso y Comprobación de siniestro, lo anterior, con fundamento en el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia mientras no se proporcione la información y documentación solicitada, la empresa aseguradora no tiene obligación de cubrir la suma asegurada.

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
3. Al haberse realizado cualquier reclamación por concepto de esta cobertura
4. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Enfermedades preexistentes.**
2. **Enfermedades que no correspondan a enfermedades enunciadas en los términos de esta cobertura.**
3. **Enfermedades que sean a consecuencia del Alcoholismo o drogadicción.**
4. **Cáncer en la piel, salvo Melanomas Malignos.**
5. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Angioplastia.**
7. **Que la enfermedad grave sea a consecuencia de alguna alteración Congénita.**
8. **Para Accidente Cerebro Vascular, se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.**

- 9. Para Infarto al Miocardio, no se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.**
- 10. Se excluye cualquier Trasplante de órganos no enunciado en el inciso a de riesgo cubierto de esta cobertura, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.**
- 11. Para Esclerosis Múltiple, se excluyen padecimientos como Enfermedad de Devic, Sarcoidosis, Vasculitis y/o Enfermedad de Lyme, ya que estos padecimientos pueden imitar los síntomas de la esclerosis múltiple.**
- 12. Se excluye parálisis ocasionada por apoplejía así como parálisis ocasionada por esclerosis múltiple y las parálisis de tipo transitorias.**

El Asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;

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

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

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

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

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION (IDH)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

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

MÉDICO

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

HOSPITAL

Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos.

HOSPITALIZACIÓN

Es el período en que debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, sea estrictamente necesario permanezca un Asegurado internado en un Hospital. Este período deberá ser mayor de 24 horas.

RIESGO CUBIERTO**INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH).**

La compañía pagará al Asegurado la cantidad especificada 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.

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 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.

PRUEBAS

Las indemnizaciones establecidas para este beneficio se otorgarán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Cualquier tratamiento relacionado con enfermedades preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al Asegurado.**
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 (check-up).**
8. **Síndrome de Inmuno Deficiencia 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:**
 - a) **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
 - b) **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
 - c) **Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
 - d) **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - e) **Conducción de motocicletas y vehículos de motores similares.**
 - f) **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
10. **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
11. **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**
12. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**

RECLAMACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

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

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE (IDHA)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****ACCIDENTE**

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

MÉDICO

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

HOSPITAL

Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos.

HOSPITALIZACIÓN

Es el período en que debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, sea estrictamente necesario permanezca un Asegurado internado en un Hospital. Este período deberá ser mayor de 24 horas.

RIESGO CUBIERTO**INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE (IDHA)**

La compañía pagará al Asegurado la cantidad especificada 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 cubierto.

Este beneficio aplica para cada accidente cubierto para un periodo mínimo de hospitalización de 24 horas y con un periodo máximo de cobertura de 180 días.

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

PRUEBAS

Las indemnizaciones establecidas para este beneficio se otorgarán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico.

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.
2. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que sea consecuencia de un accidente.
3. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
4. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
5. Accidentes por participación del Asegurado en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - c) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - e) Conducción de motocicletas y vehículos de motores similares.
 - f) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
6. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
7. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
8. 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

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

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE

1. Copia de la póliza y/o del Consentimiento firmado por el asegurado.
2. Copia del Gasto Medico Hospitalario (Factura, con desglose de la misma-comanda-).
3. Copia de la hoja de admisión y egreso (Fecha de ingreso y egreso), donde se evidencie que la atención fue por un **ACCIDENTE**
4. Original del Aviso de Privacidad firmado por el reclamante.
5. Original de los formatos de reclamación (Declaración A y B) Proporcionados por la Cia.
6. Historia Clínica del ingreso al hospital donde fue atendido con la evidencia de los estudios radiológicos de laboratorio, histológico, etc. que respalden el internamiento)
7. Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de nuestro asegurado en caso de que la tuviese.
8. Copia del CURP del beneficiario.
9. Comprobante de domicilio del asegurado

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE DESEMPELO INVOLUNTARIO INDIVIDUAL (DSI)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****DESEMPELO INVOLUNTARIO**

Se entenderá por Desempleo Involuntario, el originado por la acción de la empresa de dar por terminado el contrato de trabajo, por causas no previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

PERIODO DE CARENCIA

El periodo de Carencia, es el periodo de 60 días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado, para que el Asegurado se encuentre cubierto por la cobertura de Desempleo Involuntario.

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo de 30 días naturales que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto por la cobertura que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

RIESGO CUBIERTO**DESEMPELO INVOLUNTARIO INDIVIDUAL (DSI)**

Si el Asegurado Titular sufre un estado de Desempleo Involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía cubrirá mensualmente al Asegurado el monto contratado para esta cobertura. El número de mensualidades que pagará la Compañía al Asegurado será el indicado en la carátula de la Póliza.

El beneficio se harán efectivos siempre y cuando se cumpla con lo establecido en esta cobertura y además:

- El Desempleo Involuntario ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia de 60 días.
- El Asegurado permanezca desempleado en forma continua durante el Período de Espera de 30 días.

Si el desempleo ocurre durante el Período de Carencia de 60 días, la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada.

PRIMA

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 66 años.
3. Al haberse realizado cualquier reclamación por concepto de esta cobertura.

RIESGOS NO CUBIERTOS

- **Retiro voluntario del empleo.**
- **Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
- **Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**
- **Pérdida del empleo por incapacidad, causada por embarazo, accidentes, enfermedades o por lesiones autoinflingidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado Titular).**
- **Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.**
- **A personas con empleo temporal.**

- **A trabajadores independientes.**
- **Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.**
- **Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia o falta de atención o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.**
- **Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).**
- **Desempleo cuando el Asegurado Titular hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.**

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

DESEMPLEO INVOLUNTARIO INDIVIDUAL

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Copia simple de la Identificación oficial con foto y firma, del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia simple de la CURP del asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de la liquidación (FINIQUITO) pagada al Asegurado por concepto de indemnización por despido, que contenga los importes desglosados por cada uno de los conceptos liquidados, así como la firma, fecha y sello de la empresa, este último en original; o bien copia certificada del laudo firme en el que la autoridad determine el despido injustificado, solo si existiera o la tuviera.
- Copia simple de la baja del IMSS o ISSSTE.
- Copia simple de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al siniestro.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.

**ENDOSO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO MANCOMUNADO (DSM)
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES****DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

Se entenderá por Desempleo Involuntario, el originado por la acción de la empresa de dar por terminado el contrato de trabajo, por causas no previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

PERIODO DE CARENCIA

El periodo de Carencia, es el periodo de 60 días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado, para que el Asegurado se encuentre cubierto por la cobertura de Desempleo Involuntario.

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo de 30 días naturales que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto por la cobertura que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

CÓNYUGE

Se considerará como cónyuge a la esposa o esposo, concubina o concubinario del Asegurado de conformidad con lo establecido en el Código Civil Federal.

RIESGO CUBIERTO**DESEMPLEO INVOLUNTARIO MANCOMUNADO (DSM)**

Esta cobertura cubre de manera mancomunada al Asegurado y a su cónyuge, por esta razón, durante su vigencia ésta solo puede afectarse en una sola ocasión, ya sea por el desempleo del Asegurado o el de su Cónyuge.

Si el Asegurado o su cónyuge sufren un estado de Desempleo Involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía cubrirá mensualmente al Asegurado el monto contratado para esta cobertura. El número de mensualidades que pagará la Compañía al Asegurado será el indicado en la carátula de la póliza.

El beneficio se harán efectivos siempre y cuando se cumpla con lo establecido en esta cobertura y además:

- El Desempleo Involuntario ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia de 60 días.
- El Asegurado permanezca desempleado en forma continua durante el Período de Espera de 30 días.

Si el desempleo ocurre durante el Período de Carencia de 60 días, la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada.

PRIMA

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 66 años.
3. Al haberse realizado cualquier reclamación por concepto de esta cobertura.

RIESGOS NO CUBIERTOS

- 1. Retiro voluntario del empleo.**
- 2. Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
- 3. Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**

4. Pérdida del empleo por incapacidad, causada por embarazo, accidentes, enfermedades o por lesiones autoinflingidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado Titular).
5. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.
6. A personas con empleo temporal.
7. A trabajadores independientes.
8. Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.
9. Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia o falta de atención o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.
10. Despedido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).
11. Desempleo cuando el Asegurado Titular hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.

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

DESEMPLEO INVOLUNTARIO MANCOMUNADO

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Copia simple de la Identificación oficial con foto y firma, del Asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia simple de la CURP del asegurado en caso de que la tuviese.
- Copia de la liquidación (FINIQUITO) pagada al Asegurado por concepto de indemnización por despido, que contenga los importes desglosados por cada uno de los conceptos liquidados, así como la firma, fecha y sello de la empresa, este último en original; o bien copia certificada del laudo firme en el que la autoridad determine el despido injustificado, solo si existiera o si la tuviera.
- Copia simple de la baja del IMSS o ISSSTE.
- Copia simple de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al siniestro.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia del certificado.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de Marzo de 2019**, con el número **CNSF-S0001-0016-2019/CONDUSEF-003688-01**.