

AP Plan Integral Familiar

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al

01 800 201 6764

en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro

Centro de Atención Telefónica

01 800 837 1133

de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES	
DEFINICIONES	5
CLÁUSULAS GENERALES	
	6
PLAN MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS	
DEFINICIONES	28
RIESGO CUBIERTO	28
RIESGOS NO CUBIERTOS	29
PLAN MUERTE ACCIDENTAL Y CÁNCER	33
DEFINICIONES	33
RIESGO CUBIERTO	33
RIESGOS NO CUBIERTOS	34
PLAN MUERTE ACCIDENTAL E IDH	
DEFINICIONES	39
RIESGOS CUBIERTOS	39
RIESGOS NO CUBIERTOS	41
PLAN MUERTE ACCIDENTAL Y GRAVES ENFERMEDADES	
DEFINICIONES	47
RIESGO CUBIERTO	47
RIESGOS NO CUBIERTOS	52
PLAN DE PÉRDIDA DE INGRESOS	
DEFINICIONES	57
RIESGO CUBIERTO	58
RIESGOS NO CUBIERTOS	59

CONDICIONES GENERALES PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIAR SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza, y en su caso las coberturas que se agreguen como endosos al contrato.

DEFINICIONES

1. **COMPAÑÍA:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte S. A. de C. V.
2. **CONTRATANTE:** Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
3. **COLECTIVIDAD ASEGURABLE:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
4. **COLECTIVIDAD ASEGURADA:** La Colectividad Asegurada es el conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Compañía, por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Compañía. (Asegurado Titular)

También podrán ser parte de la colectividad asegurable, si así lo estipula el Asegurado Titular en el Consentimiento/Certificado el Cónyuge, hijos y padres del Asegurado. Definiéndose éste último como Titular.

5. **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.

6. **ASEGURADO:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en certificado/consentimiento, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Compañía.
7. **BENEFICIARIO:** Es la persona o personas designadas en el Certificado/Consentimiento por el Asegurado Titular como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
8. **CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA:** Son aquellas que, además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares o especiales, y se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
9. **COSTO DE ADQUISICION:** Es el porcentaje de la prima, que por concepto de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.
10. **ENDOSO:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que previo acuerdo entre las partes, adiciona beneficios para el Asegurado o modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
11. **PRIMA NETA:** Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza, especificado en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los

términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título 5 Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará

en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por

mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago.

VIGENCIA

La vigencia de este seguro comienza a las 12:00 horas de la fecha de inicio indicada en el certificado/consentimiento de la póliza hasta las 12:00 horas de la fecha de vencimiento.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos que se estipulan a continuación:

- No hayan transcurrido más de noventa días desde la fecha en que cesaron los efectos de la póliza.
- El Asegurado deberá reunir las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía a la fecha en que se solicita la rehabilitación.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar por escrito la rehabilitación.
- Una vez que la Compañía haya aceptado el Riesgo, el Contratante y/o Asegurado se obligará a pagar las primas y los costos que se hubieren generado por concepto de la rehabilitación en una sola exhibición.

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada. La Compañía responderá por todos los Siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación, es decir, todos aquellos eventos suscitados o que fueron detectados durante el tiempo en que estuvo en descubierto el certificado y/o póliza, no serán cubiertos por la Compañía.

RENOVACIÓN

El Contratante tendrán derecho a renovar las coberturas contratadas por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda los límites de aceptación de cada cobertura.

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Contratante comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La vigencia del seguro, es renovable automáticamente cada año, en caso de que el pago de la prima sea a cargo del Asegurado Titular, en todo o en una parte, y éste haya autorizado que el mismo se realizara vía descuento nómina, no se requerirán autorizaciones subsecuentes para tal efecto.

MODIFICACIONES

Las modificaciones a este contrato, se harán previo acuerdo entre las partes, modificaciones que constarán por escrito mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

NOTIFICACIONES

El Contratante, Asegurado y/o beneficiario (s) podrán enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación de la Compañía notificar a El Contratante, Asegurado y/o beneficiarios cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza, de conformidad a lo estipulado en las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Es obligación del Contratante y/o Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuvieran durante la vigencia de la póliza, ya que toda comunicación que la Compañía les haga, la dirigirá a la última dirección que de ellos tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales.

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

LIQUIDACIÓN

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

AVISO DE SINIESTRO

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado. El retraso del aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que el retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes que sustenten la reclamación.

Para la Reclamación de las coberturas es necesario presentar,

- i. Original del Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible.
- ii. Copia de la Identificación Oficial del afectado y del reclamante del Seguro (I.F.E. o pasaporte)
- iii. Copia fotostática de su certificado del Seguro
- iv. Copia fotostática del recibo de nómina que le corresponda a la fecha del siniestro
- v. Original del convenio para pago por transferencia electrónica
- vi. Copia del estado de cuenta a la cual el beneficiario está autorizando que se efectúe, vía transferencia, el pago reclamado.
- vii. Comprobante de domicilio del Asegurado y beneficiario.

Adicional a éstos, es indispensable presentar la siguiente documentación por cobertura:

Muerte Accidental

- i. Original o copia certificada de las Actas de Nacimiento del asegurado y de cada beneficiario
- ii. Original o copia certificada del Acta de Defunción
- iii. Copia certificada de la Averiguación Previa completa, que incluya: parte del tránsito, declaración de testigos de los hechos, declaración de testigos de identidad, resultados de los exámenes toxicológicos y alcoholemia, levantamiento de cadáver y dictamen de necropsia

Indemnización Diaria por Hospitalización e Indemnización Diaria por Terapia Intensiva

- i. Informe médico con atención en las fechas de ingreso y alta del afectado. Que incluya diagnóstico y especifique días de permanencia en Terapia Intensiva (si aplica). Expedido por la Institución de Salud Pública o Privada en la que se hospitalizó el afectado.

Diagnóstico de Grave Enfermedad y Diagnóstico de Cáncer

- i. Informe médico avalado por el médico especialista que certifique el diagnóstico, expedido por la Institución de Salud Pública o Privada en la que se atiende el afectado
- ii. Resultados de los exámenes clínicos y estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad
- iii. Para el caso de Cáncer, incluir el reporte histopatológico

Invalidez Total y Permanente por Accidente, Invalidez Total y Temporal por Accidente y Pérdidas Orgánicas

- i. Dictamen de incapacidad o pérdida orgánica, emitido por la Institución de Seguridad Social correspondiente
- ii. Resultados de exámenes de imagen y laboratorio
- iii. Resumen médico que especifique el padecimiento incapacitante, fecha de diagnóstico y fecha de la pérdida de la capacidad para laborar. En original, firmado y sellado por la Institución en la que regularmente se atiende el afectado.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación del siniestro.

Los Asegurados autorizan a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los Hospitales, Sanatorios o Clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera la Compañía, referente a su salud o enfermedades anteriores.

No obstante lo anterior, La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado y/o beneficiarios toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación surtirá efectos a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía.
- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.

BENEFICIARIOS

Para la cobertura de muerte accidental, el Asegurado Titular debe designar a sus Beneficiarios señalando en forma clara y precisa el nombre completo de cada uno de ellos, así como el porcentaje de la suma asegurada que les corresponde, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

La designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, por lo que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otras; por ejemplo "a los hijos menores del Asegurado".

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del Seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada

de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esta renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, antes o al mismo tiempo de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada que se le(s) haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada correspondiente a dicho(s) beneficiario(s) se pagará a su sucesión.

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

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

Importante:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Los beneficiarios del Asegurado Titular serán los que el mismo designe, para los demás asegurados el beneficiario será el Asegurado Titular.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro estipulada en la póliza correspondiente.

LÍMITES DE EDAD

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si la edad declarada es mayor que la verdadera la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento

de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

PRIMAS

La prima de esta póliza es anual. Las partes pactan que el vencimiento de la prima será a los 120 días naturales siguientes de la celebración del Contrato del Seguro.

DESCUENTO POR NÓMINA

El Asegurado que haya solicitado el pago de la prima (contribución) vía descuento por nómina, tiene la obligación de vigilar que en su recibo de pago se encuentre incluida la retención de prima pactada originalmente, para el caso de la primera parcialidad, dentro de los 120 días naturales siguientes a la firma del certificado/consentimiento y en caso de que no aparezca dicha retención o ésta sea diferente, notificar por escrito dentro de los siguientes 15 días naturales a Seguros Banorte, para las subsecuentes parcialidades, el descuento debe aparecer en cada recibo posterior.

PAGO DE PRIMAS

Las primas correspondientes a esta póliza son anuales, venciendo la prima en el momento de la celebración del Contrato del Seguro.

En caso de que sea un seguro contributivo, el recibo de nómina donde aparezca el cargo de las Primas será prueba suficiente de dicho pago.

Si por la mecánica de administración de pagos convenida se opta por cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta donde aparezca el cargo Primas será prueba suficiente del pago de la misma.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS (CANCELACIÓN)

El Contratante dispondrá de 120 días naturales para el pago de la prima

o la fracción de ella, contados a partir de su vencimiento.

En caso de que la prima correspondiente o la fracción de ella (si se hubiere contratado pago fraccionado) no se liquidara dentro de los 120 días posteriores al vencimiento de cada período pactado, los efectos de la póliza cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo, además el asegurado perderá todos los derechos de antigüedad que tenía la póliza.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá y entregará al Contratante un certificado individual (Certificado/Consentimiento) para cada uno de los asegurados, a efecto de que éste lo entregue a cada uno de los asegurados. Cada certificado contendrán, cuando menos, los siguientes datos:

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

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará el registro de Asegurados, mismo que deberá contener nombre, edad, sexo, suma asegurada, número de certificado individual, fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro y coberturas amparadas. Si el Contratante lo solicita la Compañía entregará copia del registro de Asegurados.

OBLIGACIÓN DE ASEGURAR

El Contratante se obliga a solicitar el seguro para todas aquellas personas que reúnan las características necesarias para formar parte del la

colectividad asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro los 30 días siguientes a que las reúnen.

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados, o aumento o disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de alta o baja de Asegurados titulares o dependientes, o aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá mediante recibo correspondiente al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

ALTAS

La Compañía, mientras esté en vigor la presente póliza podrá incluir bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurada para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza. Para llevar a cabo este movimiento la Compañía deberá contar con el consentimiento respectivo debidamente llenado por el miembro a asegurarse.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil siempre y cuando la Compañía reciba aviso por escrito de la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el consentimiento y el acta de matrimonio respectiva; si se trata del concubinato, éste podrá darse de alta desde la fecha en que se adquiriera tal carácter conforme a las disposiciones relativas por la legislación civil aplicable, lo que deberá acreditar ante la Compañía. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía cobrará una prima de acuerdo con la edad de dicho Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento de la vigencia de la póliza, dicha prima se pagará de conformidad a lo estipulado en el contrato.

BAJAS

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

En este caso, la compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja de la colectividad. El procedimiento que utilice la Compañía para este cálculo, será previamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas

personas terminarán desde el momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

La Compañía podrá asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente de la colectividad asegurada, en cualquiera de los planes individuales familiares vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que opere, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será similar a lo que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a La compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada, su ocupación y plan contratado, en la fecha de su solicitud, según la tarifa que se encuentre en vigor.

Este nuevo contrato acreditará la antigüedad que el Asegurado hubiera generado en la póliza de colectivo y no se ampliarán los periodos de espera al momento de efectuarse el cambio.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

El Contratante podrá solicitar la cancelación de la póliza mediante comunicación escrita a la Compañía. Significando esto, que todos y cada uno de los certificados serán cancelados.

La cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación especificada en el escrito emitido por el Contratante, la que sea posterior.

CANCELACIÓN DE CERTIFICADOS

En caso de cancelación, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición, calculada en días exactos, de los Integrantes que se den de baja de la colectividad.

SUSTITUCIÓN DEL CONTRATANTE

En caso de que el seguro colectivo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al presente Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de que se ha operado una sustitución en el Contratante del seguro; sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante.

La Compañía se obliga a reintegrar a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y lo correspondiente de acuerdo a la cláusula de Participación de Utilidades, de acuerdo a los procedimientos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA GENERAL PARA EL CONTRATANTE

- a. Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, Contratante y/o beneficiario fuere condenado mediante sentencia definitiva por un juez, por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos o delitos contra la salud, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmados tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien el Asegurado, Contratante y/o beneficiario se encuentra incluido en las listas que emite la OFAC (Office Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar involucrado en la comisión de los delitos señalados.

En caso de que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario obtenga sentencia absolutoria o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite por escrito y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la Compañía rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado descubierto, debiendo éste cubrir las primas que correspondan por el tiempo en que se dejó de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del Contrato de Seguro de seguro que se está rehabilitando, atendiendo la Compañía, en consecuencia, cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en

el periodo al descubierto en términos del Contrato.

- b. Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, Contratante y/o beneficiario entregan documentación falsa, apócrifa o que se encuentre enmendada para efectos de identificación, así como cualquier otra documentación de las establecidas en la Ley de Datos Personales y/o que sirvan para conocer los riesgos de la operación, tanto en la emisión y el reclamo de siniestros.

TEXTOS NORMATIVOS

Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

Artículo 17.- Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual

expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros Colectivos cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: **SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE** con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro

Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.mx

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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 **05 de junio de 2013**, con el numero **CNSF-S0001-0383-2013/CONDUSEF-000990-01** y **CGEN-S0001-0196-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, al **21 de junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.

PLAN MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

1. **PÉRDIDA ORGÁNICA:** Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas o su 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 (MA)

Esta cobertura sólo podrá ser otorgada al cónyuge e hijos mayores de edad del Asegurado Titular, siempre y cuando éste tenga contratada la misma y los haya designado beneficiarios. 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 de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

PÉRDIDAS 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 que más adelante se detalla, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia 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:

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
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 índice de cualquier mano	10%

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado, en caso de que éste falleciera antes de que le sea pagada la Suma Asegurada, el pago deberá realizarse a su Sucesión.

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 exámen médico al Asegurado.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Las edades de contratación de este seguro son 18 años como mínimo y 64 como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance los setenta (70) años de edad.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

- I. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad 70.
- II. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la**

- práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si 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 autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida 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 psíquico 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.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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 **05 de junio de 2013**, con el número **CNSF-S0001-0383-2013/CONDUSEF-000990-01** y **CGEN-S0001-0196-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, al **21 de junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.

**PLAN MUERTE ACCIDENTAL Y CÁNCER
CONDICIONES PARTICULARES****DEFINICIONES**

1. **CÁNCER:** Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.

RIESGO CUBIERTO**MUERTE ACCIDENTAL**

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 de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

CÁNCER

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada, si durante la vigencia de esta cobertura, al Asegurado se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer y éste ha cumplido con el periodo de espera pactado en estas condiciones. Cuando se trate del hijo menor de edad, la indemnización se realizará al Asegurado Titular.

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.

PERÍODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de esta cobertura o de su última rehabilitación, para que pueda ser reclamada. Se establece un periodo de espera de ciento ochenta (180) días. Este periodo no tendrá efecto cuando la póliza se renueve ininterrumpidamente.

EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad de aceptación para contratar este seguro para asegurados titulares es máxima de 64 años y para familiares elegibles es desde 0 hasta 64 años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado Titular alcance los setenta (70) años de edad.

En el caso de asegurados menores de edad y padres del Asegurado Titular, la cobertura de muerte accidental se restringe exclusivamente al pago de la suma asegurada por muerte accidental como cobertura de gastos por servicios funerarios.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

Para la cobertura de Muerte Accidental, esta póliza no ampara:

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si 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 ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo

- la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
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 autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida 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 psíquico 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.

Para la Cobertura de Cáncer, esta póliza no ampara los siniestros ocurridos a consecuencia de:

1. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:
 - Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido

de diagnóstico.

- **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.**
 - **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.**
- 2. Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**
 - 3. Cáncer cérvico uterino “in situ”.**
 - 4. No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa que el asegurado, sin importar si la persona es un médico es un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
 - 5. Cualquier otra enfermedad que no sea la descrita en la cobertura.**
 - 6. Enfermedades congénitas y prematuridad.**
 - 7. Una infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor). Si al momento de una crisis. El asegurado tenía síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (virus de inmunodeficiencia humana).**
 - 8. Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevos.**

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y

sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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 **05 de junio de 2013**, con el número **CNSF-S0001-0383-2013/CONDUSEF-000990-01** y **CGEN-S0001-0196-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, al **21 de junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.

PLAN MUERTE ACCIDENTAL E IDH CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE CUBIERTO:** Es el accidente que le ocurra al Asegurado dentro de la vigencia de su certificado
2. **ENFERMEDAD CUBIERTA:** Es la enfermedad que se le haya diagnosticado al Asegurado dentro de la vigencia de esta cobertura.
3. **ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticadas por un médico o provocaron un gasto.
4. **MÉDICO:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
5. **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.
6. **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.

RIESGOS CUBIERTOS

MUERTE ACCIDENTAL

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 de esta

cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

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 un accidente cubierto o enfermedad cubierta. Cuando se trate de la hospitalización del hijo menor de edad, el pago se realizará al Asegurado Titular.

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.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

La Compañía pagará al Asegurado la cantidad especificada para esta cobertura como Indemnización Diaria por Hospitalización en Terapia Intensiva, durante el período en que se utilice la Unidad de Terapia Intensiva, si a consecuencia del Accidente cubierto o de la Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere del uso de dicha unidad. Cuando se trate de la hospitalización del hijo menor de edad, el pago se realizará al Asegurado Titular.

Por cada Accidente cubierto o Enfermedad cubierta, se establece un período de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado en terapia intensiva, limitándose a un máximo de ciento ochenta (180) días.

En el caso de hospitalizaciones sucesivas en terapia intensiva a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

Si el asegurado se encuentra en Terapia Intensiva, podrá ser indemnizado en ese periodo tanto por ésta cobertura, como por la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización; siempre y cuando, no haya alcanzado el periodo máximo de cada cobertura (180 días).

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de ciento ochenta (180) rentas diarias para cada accidente o enfermedad cubiertas.

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.

EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad de contratación de este seguro son 64 años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance los setenta (70) años de edad.

En el caso de menores de edad y padres del Asegurado Titular, la cobertura de muerte accidental se restringe exclusivamente al pago de la suma asegurada por muerte accidental como cobertura de gastos por servicios funerarios.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.
2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

Para la cobertura de Muerte Accidental, esta póliza no ampara:

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe**

- directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si 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 ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
 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 autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida 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 psíquico 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.

Para las coberturas de Indemnización por Hospitalización, esta póliza no ampara:

1. Cualquier tratamiento relacionado con enfermedades o Accidentes preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al Asegurado.
2. Tratamientos psiquiátricos y/opsicológicos, 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. 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.**
- 11. Lesiones autoinflingidas por el Asegurado.**

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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 **05 de junio de 2013**, con el número **CNSF-S0001-0383-2013/CONDUSEF-000990-01** y **CGEN-S0001-0196-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, al **21 de junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.

PLAN MUERTE ACCIDENTAL Y GRAVES ENFERMEDADES CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

1. **ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Son aquellas que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticadas por un médico o provocaron un gasto.
2. **MÉDICO:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

RIESGO CUBIERTO

MUERTE ACCIDENTAL

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.

GRAVES ENFERMEDADES

La Compañía pagará al Asegurado (en caso de ser menor de edad, la indemnización se le pagará al Asegurado Titular), la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si encontrándose vigente ésta y después de haber transcurrido el periodo de espera establecido contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del certificado individual correspondiente o de su última rehabilitación, se presenta alguno de los siguientes eventos:

1. Que se le practique un trasplante de Órganos Vitales como consecuencia de un accidente o enfermedad que le ocurra durante la vigencia de la cobertura. Serán considerados como ÓRGANOS VITALES los siguientes: corazón, pulmón, hígado, páncreas, médula ósea o riñón.
2. Que le sea diagnosticada clínicamente por primera vez, alguna de las siguientes graves enfermedades:
 - a. Infarto al Miocardio

- b. Accidente Cerebro Vascular
- c. Insuficiencia renal Crónica
- d. Cáncer
- e. Esclerosis Múltiple
- f. Parálisis de Extremidades

DESCRIPCIÓN DE LAS GRAVES ENFERMEDADES CUBIERTAS

- a. **INFARTO AL MIOCARDIO:** La muerte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una obstrucción parcial o total de las arterias coronarias.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Cardiología, además de estar recibiendo tratamiento intrahospitalario y se presenten estudios de laboratorio y gabinete (Electrocardiograma, Ecocardiograma, Creatina quinasa (CK o CPK), Mioglobina, Troponina cardioespecífica "I" y "T", etc.), que confirmen el diagnóstico.

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.

- b. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, que produzca secuelas neurológicas permanentes, secundaria a hemorragia, embolismo (intra o extra craneal) o infarto cerebral.

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.

Se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía

Craneal.

- c. **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.

- d. **CÁNCER:** Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.

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.

Se excluye el Cáncer Cérvico uterino "in situ" y cualquier cáncer de piel, excepto el Melanoma Maligno.

- e. **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.

Se excluye cualquier Trasplante de órganos no descritos en el párrafo que antecede, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier

trasplante en calidad de donante.

- f. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. El SNC, está formado por cerebro y médula espinal. Las fibras nerviosas que componen el SNC están protegidas por un revestimiento llamado mielina, que ayuda a la conducción de impulsos eléctricos. Cuando se daña o destruye la mielina, se ve afectada la conducción desde y hacia el cerebro lo que ocasiona que aparezcan los síntomas de la esclerosis múltiple, endureciendo los tejidos del Cerebro y/o Médula Espinal que produce parálisis de miembros inferiores y trastornos cerebrales.

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

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.

- g. **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.

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

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.

Se excluye parálisis ocasionada por apoplejía así como parálisis ocasionada por esclerosis múltiple y

las parálisis de tipo transitorias.**LIMITACIÓN DE COBERTURA**

- 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, siempre que se comuniquen a la Compañía, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- Si la Grave Enfermedad o Trasplante de Órganos ocurre dentro del Plazo de Espera transcurrido a partir de la fecha de inicio de vigencia, la Compañía no efectuará ninguna indemnización, y su obligación se limitará a reembolsar al Asegurado la prima pagada.
- La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia del seguro.

PERÍODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, para que la cobertura de Graves Enfermedades pueda ser reclamada. Se establece un periodo de espera de ciento ochenta (180) días. Este periodo no tendrá efecto cuando la póliza se renueve ininterrumpidamente.

EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad de contratación de este seguro son sesenta y cuatro (64) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance los setenta (70) años de edad.

En el caso de menores de edad y padres del Asegurado Titular, la cobertura de muerte accidental se restringe exclusivamente al pago de la suma asegurada por muerte accidental como cobertura de gastos por servicios funerarios.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Estas coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

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

2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado

RIESGOS NO CUBIERTOS

Para la cobertura de Muerte Accidental, esta póliza no ampara:

1. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si 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 ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
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 autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
8. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida 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 psíquico 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.

Para la cobertura de Graves Enfermedades, esta póliza no ampara los siniestros ocurridos a consecuencia de:

1. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:
 - Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
 - 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.
 - 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.
2. No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa que el asegurado, sin importar si la persona es un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
3. Enfermedades que no sean las descritas en

- enfermedades cubiertas de acuerdo a su definición.**
- 4. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, o enfermedades desarrolladas a consecuencia de accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).**
 - 5. Enfermedades desarrolladas por accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**
 - 6. Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

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

Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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 **05 de junio de 2013**, con el numero **CNSF-S0001-0383-2013/CONDUSEF-000990-01** y **CGEN-S0001-0196-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, al **21 de junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.

PLAN DE PÉRDIDA DE INGRESOS CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES

1. **INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR UN ACCIDENTE:** Se entenderá por Invalidez total temporal cualquier lesión corporal a causa de accidente que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y que le impida al Asegurado el desempeño de 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 temporal.

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

2. **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE:** Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente 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.

Cuando la enfermedad o accidente que provoque 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.

RIESGO CUBIERTO

INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total Temporal como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará de acuerdo a los días que permanezca incapacitado sin exceder del monto máximo mensual contratado y hasta un máximo de doce meses, la suma asegurada contratada de esta cobertura.

En caso de que la incapacidad sea por periodos menores a un mes, se pagará en razón de un treintavo (1/30) por cada día en que el Asegurado se encuentre incapacitado, del pago mensual máximo establecido en el certificado/consentimiento.

Este beneficio aplica para cada accidente cubierto que ocurra dentro de la vigencia de la póliza y teniendo como tope para cada uno, la suma asegurada contratada.

En caso de incapacidades sucesivas a causa de un mismo Accidente, para períodos de incapacidad será considerado como continuación de la anterior, a efecto de computar la suma asegurada contratada.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá la suma asegurada contratada (12 meses del monto mensual establecido en el certificado/consentimiento) para cada Accidente.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada de esta cobertura.

EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad de contratación de este seguro son de dieciocho (18) y hasta sesenta y cuatro (64) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.
2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si 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 autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida 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 psíquico 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 y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

Las bases que la Compañía empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de invalidez total temporal a consecuencia de un accidente son las siguientes:

- Documentos que comprueben el estado de invalidez total temporal a consecuencia de un accidente, 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 y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total temporal a consecuencia de un accidente.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la

Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

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

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 **05 de junio de 2013**, con el número **CNSF-S0001-0383-2013/CONDUSEF-000990-01** y **CGEN-S0001-0196-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, al **21 de junio 2016** con número **RESP-S0001-0213-2016** y al **01 de agosto 2016** con el número **CGEN-S0001-0128-2016**.