

# Vida Protección Vida Hospitalaria

Para reporte de siniestro llama al

**01 800 500 2500**

en donde recibirás atención rápida y personalizada  
de lunes a domingo de 8:00 a.m a 10:00 p.m.  
o consulta [banorte.com](http://banorte.com)



## **CONDICIONES GENERALES**

# ÍNDICE

---

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	6
COBERTURAS ADICIONALES	7
CLÁUSULAS GENERALES	10
SERVICIOS DE ASISTENCIA	27

**CONDICIONES GENERALES  
PROTECCIÓN VIDA HOSPITALARIA**

**DEFINICIONES**

1. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.
2. **Contratante:** Es aquella persona física, que ha solicitado la celebración del contrato para sí, que se encuentra amparado por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
3. **Asegurado:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.
4. **Beneficiario:** Es la persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
5. **Endoso:** Documento emitido por la Compañía, y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
6. **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.
7. **Enfermedad:** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos, de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se considera como enfermedad cubierta toda aquella cuyo diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

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

8. **Hospitalización:** La hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.
9. **Hospital, clínica o sanatorio:** Institución legalmente autorizada para el diagnóstico por médicos, la atención médica y la atención quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que da servicio las 24 horas del día.  
No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de personas mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales.

#### **COBERTURA BÁSICA RIESGOS CUBIERTOS AYUDA FUNERARIA (AF)**

Si el Asegurado fallece durante el plazo de seguro contratado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo del Seguro, la protección terminará sin obligación para la Compañía.

#### **CANCELACIÓN AUTOMÁTICA PARA LA COBERTURA DE AYUDA FUNERARIA (AF)**

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad 69.

#### **COBERTURAS ADICIONALES INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)**

##### **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 accidente o enfermedad cubiertos.

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

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

##### **Indemnización Diaria por Terapia Intensiva**

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada por la cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización en Terapia Intensiva a consecuencia de Accidente o Enfermedad cubierta para esta cobertura, 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.

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

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

##### Reclamación

En caso de que al Asegurado le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, podrá optar por acudir ante un

arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

#### **RIESGOS NO CUBIERTOS PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

- 1. Cualquier tratamiento relacionado con enfermedades preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta cobertura, cuando la Compañía cuente con las pruebas que a continuación se señalan:**
  - **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o**
  - **Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables**

**documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

- 2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- 3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.**
- 4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que sea consecuencia de un accidente.**
- 5. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.**
- 6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.**
- 7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (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 autoinfringidas por el Asegurado.**

## CLÁUSULAS GENERALES

### PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

### CONTRATO

La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, 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 Fianzas.

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

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

Para hacer valer sus derechos, el Asegurado y/o Contratante podrá dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía.
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.
- Los Tribunales competentes.

### 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.

### INMUTABILIDAD

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

### VIGENCIA

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

### PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento y de dos años en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en los Artículos 82 y 84 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.

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

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

**RENOVACIÓN**

**La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Asegurado comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá hacerlo con una antelación no menor de 30 días naturales a la fecha de vencimiento de la póliza.**

**La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación.** El pago de la prima acreditada mediante el recibo expedido por la Compañía se tendrá como prueba suficiente de la 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.**

**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 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 le haga al Contratante y/ o Asegurado, 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.

**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 Fianzas.

**Artículo 276.-** “Si la Compañía 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:
- Los intereses moratorios;
  - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
  - 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.”

### **BENEFICIARIOS**

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

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

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

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esta renuncia se haga por

escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios 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.

### **MODIFICACIONES**

Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Toda notificación a la Compañía deberá realizarse por escrito y dirigirse a su domicilio social. El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones

de cualquier otra índole.

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

### **PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES**

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

### **VALORES GARANTIZADOS**

Este contrato de Seguro no otorga valores garantizados.

### **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.

### **AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía, cualquier circunstancia que, durante la vigencia de este seguro provoque una agravación esencial del riesgo cubierto, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que tenga conocimiento de tales circunstancias.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provocara una agravación esencial del riesgo y éste influye en la realización del siniestro, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

### **CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS\***

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

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

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

### **ENTREGA DE PÓLIZA**

La póliza y las condiciones generales y/o endosos que amparan este seguro serán enviados al Contratante, a la dirección que haya proporcionado para estos efectos en un plazo no mayor a 30 días naturales, o en su caso, serán enviados por correo electrónico en una plazo no mayor de 7 días naturales.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no haya recibido la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior, deberá solicitarla a la Unidad Especializada de la Compañía al teléfono 01 800 627 2292, en caso de que el Asegurado no informe a la Compañía de que no ha recibido la documentación durante los siguiente 30 días posteriores a la fecha de contratación, se entenderá que el Contratante y/o Asegurado ha recibido la documentación.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

Al aceptar la contratación del Seguro se le proporcionará al contratante o asegurado:

- El número de folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, para que pueda consultar las condiciones generales del producto;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros o quejas;
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

### **CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO\***

Este Contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado. De esta manera la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el período ya pagado. La fecha de vencimiento del último período pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

### **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 a petición por escrito del Contratante, la Póliza no sea renovada.
- En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 69 años.
- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.

**EDAD****EDAD REAL**

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro. La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

**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 esté 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).

Las edades de aceptación para cada una de las coberturas, se presentan en la siguiente tabla:

<b>Edad Mínima de Aceptación (años)</b>	<b>Edad Máxima de Aceptación (años)</b>
18	65

La cobertura será cancelada automáticamente, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 69 años.

**PRIMAS****PAGO DE PRIMAS**

La prima correspondiente a esta póliza es anual, venciendo la prima en el momento de la celebración del Contrato del Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán optar por el pago fraccionado de la prima, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenido entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 45 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro el monto de la prima correspondiente a dicho periodo.

**LUGAR DE PAGO**

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado, previa obtención de la autorización respectiva, a cambio del Recibo de Pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de

pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar que impida que la Compañía realice el cargo correspondiente.

## **SINIESTRO**

### **AVISO DE SINIESTRO**

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

### **COMPROBACIÓN DE SINIESTRO**

El Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir a los Beneficiarios designados, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

### **INDEMNIZACIÓN**

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda por la cobertura de Ayuda Funeraria. Las indemnizaciones que correspondan por las coberturas de Indemnización diaria por hospitalización, se pagará directamente al Asegurado, siempre y cuando se encuentre con vida, en caso contrario se pagará a los beneficiarios designados.

En el supuesto de que la enfermedad o accidente le genere una incapacidad legal al Asegurado, el pago de la suma asegurada por la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización se hará al tutor designado en el juicio de interdicción correspondiente.

La Compañía pagará la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación y ésta sea procedente.

El asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse

al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.\*

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

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

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

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

### **PRUEBAS**

El reclamante presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la reclamación.

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

### **Información de los documentos que se deben presentar para el pago del Siniestro:**

#### **AYUDA FUNERARIA**

- Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.
- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Original o copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado.
- Original o copia Certificada del Acta de Nacimiento o Pasaporte del

Asegurado (Actualizados).

- Original o copia Certificada del Acta de Nacimiento del (los) beneficiario (s).
- Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado.
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la CURP del asegurado.
- Póliza original: En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.

#### INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

- Original de declaraciones A y B (formatos proporcionados por la Compañía).
- Original o Copia Certificada de Acta de Nacimiento o Pasaporte del Asegurado (Actualizada).
- Copia Simple de:
  - Póliza de Seguro.
  - Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado.
  - Historia Clínica de Ingreso al Hospital donde fue atendido el Asegurado.
  - Documentos comprobatorios (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio), que respalden el padecimiento objeto de la reclamación.
  - Documentos que comprueben la fecha de ingreso y salida del Hospital.
  - CURP, del Asegurado.
  - Comprobante de domicilio, del Asegurado.

#### PAGO DEL SINIESTRO

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

pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de la Póliza.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, será deducida de la liquidación correspondiente.

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

#### CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la Compañía se obliga a solicitar al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, su consentimiento para tratar sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso se celebre.

La Compañía además, se obliga a informarle al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, que sus datos se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que el Asegurado o Contratante aceptará la transferencia que pudiera realizarse de ellos a entidades integrantes del Grupo Financiero Banorte, subsidiarias de ésta institución y terceros, nacionales o extranjeros, conforme a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad de la Compañía.

La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares establece dicha obligación en sus artículos 8° y 9° que a la letra dicen:

“**Artículo 8.-** Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley.

El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición.

Los datos financieros o patrimoniales requerirán el consentimiento expreso de su titular, salvo las excepciones a que se refieren los artículos 10 y 37 de la presente Ley.

El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que se le atribuyan efectos retroactivos. Para revocar el consentimiento, el responsable deberá, en el aviso de privacidad, establecer los mecanismos y procedimientos para ello.”

“**Artículo 9.-** Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado.”

“**Artículo 10.-** No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

- I. Esté previsto en una Ley;
- II. Los datos figuren en fuentes de acceso público;
- III. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de disociación;
- IV. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable;
- V. Exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes;
- VI. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente, o
- VII. Se dicte resolución de autoridad competente.”

“**Artículo 37.-** Las transferencias nacionales o internacionales de datos podrán llevarse a cabo sin el consentimiento del titular cuando se dé alguno de los siguientes supuestos:

- I. Cuando la transferencia esté prevista en una Ley o Tratado en los que México sea parte;
- II. Cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios;
- III. Cuando la transferencia sea efectuada a sociedades controladoras, subsidiarias o afiliadas bajo el control común del responsable, o a una sociedad matriz o a cualquier sociedad del mismo grupo del responsable que opere bajo los mismos procesos y políticas internas;
- IV. Cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del titular, por el responsable y un tercero;
- V. Cuando la transferencia sea necesaria o legalmente exigida para la salvaguarda de un interés público, o para la procuración o administración de justicia;
- VI. Cuando la transferencia sea precisa para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial, y
- VII. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el responsable y el titular.”

Dicho Aviso de Privacidad estará disponible en la página web de la Compañía: [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

**SERVICIOS DE ASISTENCIA  
ENDOSO DE ASISTENCIA FUNERARIA I  
ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL**

**RIESGOS CUBIERTOS  
SERVICIO FUNERARIO**

Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte (en adelante La Compañía), a través de EL PRESTADOR contratado, proporcionará al asegurado, beneficiario, familiar o deudo que corresponda, los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio estipulado en el Plan contratado.

La Compañía, a través de IKÉ ASISTENCIA, en caso de fallecimiento del Asegurado o Beneficiarios del Servicio Funerario durante la vigencia de la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios las 24 horas del día los 365 días del año, ya sea directamente o a través de terceras personas.

Es de precisar que la compañía es la única responsable frente al asegurado o beneficiario por la actuación del prestador de servicios de asistencia, en virtud de que es la Compañía quién ofrece el mismo.

El Servicio Funerario (Plan) contratado estará estipulado en la carátula de la póliza.

**Plan Nacional: Asistencia Individual**

**ASISTENCIA FUNERARIA NACIONAL:  
Atención las 24 horas del día los 365 días del año.**

**Ciudad de México, Área Metropolitana e Interior de la República  
Mexicana 01 55-5809-4502**

El beneficiario de esta asistencia es el propio Asegurado.

En caso de muerte accidental, natural o por enfermedad del Asegurado de la póliza EL PRESTADOR proporcionará los siguientes servicios:

- Realizar los respectivos trámites legales ante las autoridades competentes.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad.
- Proveer al beneficiario un féretro metálico de corte lineal.
- Brindar el servicio de Tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación)
- Proveer la utilización de salas de velación o servicio a domicilio en el lugar en que indique el beneficiario.
- Decorar las salas de velación con sus respectivos arreglos florales (2 laterales y 1 cubre cofre)
- Celebración del servicio religioso a cargo de un Ministro del culto indicado por el beneficiario y/o su familia
- Servicio de Cremación con Urna incluida

**RIESGOS NO CUBIERTOS**

**Catástrofes naturales, guerra, sedición, motín, huelga, asonada, declaradas o no.**

**ENDOSO ASISTENCIA FUNERARIA I  
ASISTENCIA FUNERARIA FAMILIAR**

**RIESGOS CUBIERTOS  
SERVICIO FUNERARIO**

Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte (en adelante La Compañía), a través de EL PRESTADOR contratado, proporcionará al asegurado, beneficiario, familiar o deudo que corresponda, los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio estipulado en el Plan contratado.

La Compañía, a través de IKÉ ASISTENCIA, en caso de fallecimiento del Asegurado o Beneficiarios del Servicio Funerario durante la vigencia de la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios las 24 horas del día los 365 días del año, ya sea directamente o a través de terceras personas.

Es de precisar que la compañía es la única responsable frente al asegurado o beneficiario por la actuación del prestador de servicios de asistencia, en virtud de que es la Compañía quién ofrece el mismo.

El Servicio Funerario (Plan) contratado estará estipulado en la carátula de la póliza.

**Plan Nacional: Asistencia Familiar**

**ASISTENCIA FUNERARIA NACIONAL:  
Atención las 24 horas del día los 365 días del año.**

**Ciudad de México, Área Metropolitana e Interior de la República  
Mexicana 01 55-5809-4502**

Los beneficiarios de esta asistencia serán el propio Asegurado, su cónyuge e hijos solteros menores de 25 años.

En caso de muerte accidental, natural o por enfermedad del Asegurado de la póliza, de su cónyuge o de su hijo soltero menor de 25 años, EL PRESTADOR proporcionará los siguientes servicios:

- Realizar los respectivos trámites legales ante las autoridades competentes.
- Traslado del cuerpo de esta a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad.

- Proveer al beneficiario un féretro metálico de corte lineal.
- Brindar el servicio de Tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación)
- Proveer la utilización de salas de velación o servicio a domicilio en el lugar en que indique el beneficiario.
- Decorar las salas de velación con sus respectivos arreglos florales (2 laterales y 1 cubre cofre)
- Celebración del servicio religioso a cargo de un Ministro del culto indicado por el beneficiario y/o su familia
- Servicio de Cremación con Urna incluida

### **RIESGOS NO CUBIERTOS**

**Catástrofes naturales, guerra, sedición, motín, huelga, asonada, declaradas o no.**

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 **26 de mayo de 2014**, con el número **CNSF-S0001-0671-2013/CONDUSEF-000817-01**.

\*En cumplimiento a lo dispuesto en artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día **1 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0236-2015** y a partir del día **2 de marzo de 2015**, con el número **CGEN-S0001-0023-2015**, y a partir del día **20 de julio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **5 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0131-2016** y a partir del día **8 de julio de 2016**, con el número **MODI-S0001-0020-2016**.

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](http://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](mailto:une@banorte.com) o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)