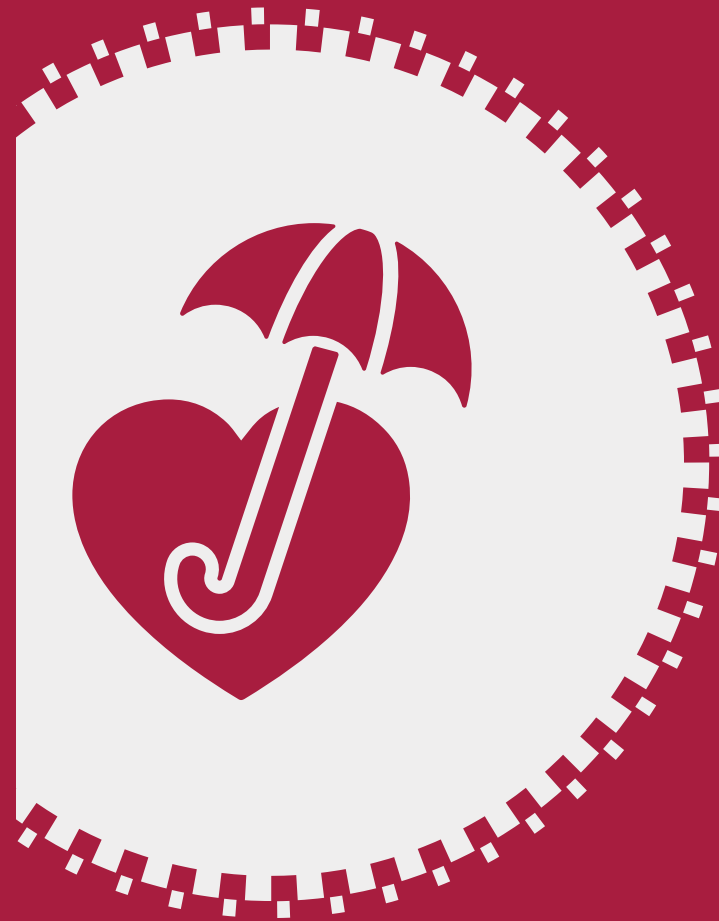


Vida Protección Vida Hospitalaria

Para reporte de siniestro llama al

800 500 2500

en donde recibirás atención rápida y personalizada
disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.
sábado de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
o consulta **banorte.com**



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	7
COBERTURA ADICIONAL	7
CLÁUSULAS GENERALES	14
SERVICIOS DE ASISTENCIA	38

CONDICIONES GENERALES PROTECCIÓN VIDA HOSPITALARIA

DEFINICIONES

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

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.

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.

Compañía: Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.

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.

Endoso: Documento emitido por la Compañía, y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

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

Se considera como enfermedad cubierta toda aquélla que contraiga el Asegurado y que su inicio, diagnóstico o tratamiento, ocurra mientras

se encuentre vigente la cobertura respecto al Asegurado de que se trate.

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

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

No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de personas mayores, alcoholicos o drogadicitos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales.

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

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.

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

Medios electrónicos: Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicación, ya sean públicos o privados, a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF).

Tarjeta bancaria: Es una tarjeta de plástico con banda magnética y/o chip, entregada por el Banco para usarse en cajeros automáticos o puntos de venta, que va ligada con la cuenta del Asegurado.

COBERTURA BÁSICA

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.

COBERTURA ADICIONAL

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)

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

La indemnización de esta cobertura se pagará cuando el Asegurado haya finalizado su periodo de hospitalización, es decir, se pagará únicamente a reembolso.

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

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

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

La indemnización de esta cobertura se pagará cuando el Asegurado haya finalizado su periodo de hospitalización, es decir, se pagará únicamente a reembolso.

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

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

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 y complicaciones derivadas de las mismas, cuando la Compañía cuente con las pruebas que a continuación se señalan:
 - Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
 - Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.
4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que sea consecuencia de un accidente.
5. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up).
8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el SIDA.
9. Accidentes por participación del Asegurado en: servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
10. Hospitalización por actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
11. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.
12. Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
13. Accidente ocurrido si el Asegurado viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.

14. Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o en la práctica cotidiana u ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
15. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si estos fueran prescritos por un médico.
16. Lesiones autoinfligidas por el Asegurado, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

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

PARA EL BENEFICIO DE AYUDA FUNERARIA

- Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Acta de defunción del asegurado.
- Identificación oficial, con foto y firma, del Asegurado, si lo tuviere.
- Identificación oficial vigente, 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 recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la CURP certificada del asegurado, si la tuviese.
- Póliza original, si la tuviera.

PARA EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)

- Declaración de siniestro a la aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Póliza de seguro, si la tuviera.
- Identificación oficial, con foto y firma, del 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.
- Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

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

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

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

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las

pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a. Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- b. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;

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

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

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

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

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

CLÁUSULAS GENERALES PROTECCIÓN

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

CONTRATO DE SEGURO

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 de Fianzas.

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

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

Para hacer valer sus derechos, el 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.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años del seguro, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido su estado mental o físico, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

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, bajo las mismas condiciones que fue contratado, por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda el límite máximo de aceptación para cada cobertura en la fecha de renovación, 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 con la edad alcanzada del Asegurado a la fecha 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.

El derecho a este beneficio cesa en sus efectos en caso de que no se pague la prima del recibo correspondiente dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de su vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo expedido por la Compañía se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

INDISPUTABILIDAD

La cobertura contratada será indisputable surtiendo pleno efecto a partir de la emisión del número de póliza o folio con que la Compañía responderá por las coberturas contratadas, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones. De conformidad con lo señalado en la fracción IV, del artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

REHABILITACIÓN

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

- No haya transcurrido más de cuarenta y cinco días desde la fecha del último pago realizado por concepto de prima.
- El Asegurado deberá reunir las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía a la fecha en que solicita la rehabilitación.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar por escrito su 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.

NOTIFICACIONES

El Contratante, Asegurado y/o beneficiarios 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. Lo anterior de conformidad con lo señalado en el artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 de Fianzas.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya,

- conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que

garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

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 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de la contratación del seguro.

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

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual del seguro contratado en la cual consten los derechos y obligaciones de las partes en el contrato de seguro, enunciativamente a través de alguno de los medios siguientes:

- a) Al correo electrónico del contratante previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales en formato PDF y avisos del producto, excluyendo publicidad.
- b) En la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía (UNE).
- c) Envío físico al domicilio indicado por el contratante, o al de su estado de cuenta.

En todos los casos, la **Compañía** dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados, así como de los medios utilizados para tal efecto. La entrega del condicionado general que integra el seguro que nos ocupa será entregada en primera instancia por escrito a los solicitantes, contratantes o asegurado, previo consentimiento expreso elija por así convenir a sus intereses que le sea entregada la documentación contractual en formato PDF, o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea, sin que ello obste que de forma adicional a lo anterior, el asegurado puede consultar las condiciones generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx; o en www.banorte.com; o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00.

En caso de que el Asegurado no informe a la Compañía de que no ha recibido la documentación durante los siguientes 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.

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía o por cualquier tecnología o medio, que se hubiera pactado al momento de su contratación.

La Compañía para asegurarse de la autenticidad y veracidad de la identidad de usuario que formule la terminación respectiva y posterior a ello proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

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 con 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 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.
- Cuando a petición del contratante y/o Asegurado, la póliza no sea renovada.
- Al fallecimiento del Asegurado
- 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:

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)
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 transcurridos 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.

PERIODO DE GRACIA

Si el contratante no hubiese pagado la prima dentro de los cuarenta y cinco días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

INDEMNIZACIONES

AVISO

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 (Cinco) días siguientes en que se tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto cese uno u otro de acuerdo con lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PRUEBAS

El reclamante presentará a su costa a la Compañía; además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el hecho que genera la reclamación. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, u a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante o del beneficiario para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada será deducida de la liquidación correspondiente, siempre y cuando el siniestro haya ocurrido dentro del periodo de gracia otorgado por la Compañía.

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.

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.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

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

DERECHOS

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

OBLIGACIONES

- Declarar de forma clara y amplia la forma en que ocurrió el siniestro, así como presentar toda la documentación e información probatoria que la compañía le solicite respecto a la realización del siniestro.
- Efectuar el pago de la prima correspondiente a la cobertura contratada y especificada en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

A) MEDIOS ELECTRÓNICOS

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

B) CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

El asegurado acepta y autoriza a Seguros Banorte para que la contratación del seguro, pueda celebrarse por medio del uso de equipos, medios electrónicos, ópticos y/o de cualquier otra tecnología, así como de sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, tales como el teléfono, Internet, cajeros automáticos u otros, los cuales acreditarán la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones de las partes y regirán por lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y demás disposiciones aplicables.

Seguros Banorte podrá implementar con el asegurado, medios de identificación consistentes en dispositivos de seguridad (en adelante los Dispositivos de Seguridad), individuales y confidenciales, tales como: contraseñas electrónicas alfanuméricas, números de identificación personal (NIP's), medios de autenticación (Dispositivo Físico) que generen claves, medios biométricos o cualquier otro, permitido por ley.

Cualquiera de los medios de identificación antes mencionados, se entenderán como sustitutos de la firma autógrafa del asegurado, por lo que lo obligarán y producirán los mismos efectos que esta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, por lo anterior, su uso obligará al asegurado.

El asegurado acepta, de manera expresa e irrevocable, ser el único responsable por el uso que se le dé a los Dispositivos de Seguridad, liberando a Seguros Banorte de cualquier responsabilidad al respecto.

Si la contratación se hace vía cajero automático, el asegurado autoriza a Seguros Banorte a usar el Número de Identificación Personal (NIP) que va ligado a la tarjeta que está utilizando para la aceptación del seguro, como medio de identificación.

C) FORMALIZACION DEL SEGURO.

El contratante manifiesta que puede proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del uso de

los distintos medios electrónicos, entre ellos a través del cajero electrónico, con cargo de la prima a la tarjeta bancaria usada en el cajero automático.

Por lo anterior; las partes aceptan que la contratación de este seguro puede realizarse por medios electrónicos por lo que, en su caso, se entenderá aceptada y con ello perfeccionado el contrato de seguro desde el momento de la emisión del número de póliza o folio con que la Compañía responderá por las coberturas contratadas en la misma.

El seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en las condiciones generales y especificadas en la caratula de póliza.

Las partes, reconocen que el desbloqueo del Número de Identificación Personal (NIP) para las tarjetas bancarias, deberá efectuarse de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Banco, para el uso de tarjetas bancarias.

Al realizarse la contratación del seguro, la Compañía deberá proporcionar al asegurado:

- Un número de folio de confirmación que corresponde a la solicitud y aceptación de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, para que pueda consultar las condiciones generales del producto;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros, quejas, para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente.
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

Además, la Compañía hará del conocimiento del contratante y/o Asegurado al momento de la contratación, lo estipulado en esta cláusula.

D) NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO.

La compañía le hará llegar al asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la siguiente información:

- I. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;
- II. Alta y/o modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;
- III. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;

E) CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Asegurado y/o contratante podrá solicitarlo por escrito a la Compañía; mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00, o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado, la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

F) OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Autorización. - El Asegurado o contratante y la Compañía convienen que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que estas serán utilizadas en sustitución del nombre y la firma autógrafa del Asegurado, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Asegurado, por lo que estos últimos liberan a la Compañía de cualquier uso indebido de las mismas.

Toda operación efectuada por el Asegurado a través de cualquiera de los canales enunciados en el contrato, la Compañía emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas

que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

G) CONTRATACIÓN VÍA INTERNET (PÁGINA WEB)

La contratación del presente contrato de seguro será a través de medios electrónicos. Para la contratación electrónica vía internet, se utilizarán medios de identificación, los cuales serán validados por el Asegurado Titular durante la contratación del seguro, como se define a continuación:

Por medios de identificación se entienden como aquellos datos personales del Asegurado Titular que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), domicilio, correo electrónico y teléfono de contacto.

La póliza de seguro se contrata vía internet con los medios de identificación antes señalados, la forma de pago será exclusivamente mediante cargos a tarjetas de crédito o débito, por lo que el asegurado titular, al proporcionar el número de su tarjeta y el código de seguridad, consiente la celebración del contrato de seguro mencionado.

La Compañía se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos por parte del Asegurado o Contratante.

La póliza se expide junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o débito del Asegurado Titular, para el cobro de las primas, cuyos comprobantes podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración del contrato de seguro, los cuales se emiten y se entregan al Asegurado Titular en el momento de la contratación.

Las partes convienen que el uso del portal de Internet es única y exclusivamente aplicable para la aceptación del Asegurado Titular para contratar la póliza de seguro, según se establece en esta cláusula.

La información biométrica utilizada para autenticar al solicitante y manifestar su consentimiento se entenderá como sustituta de la firma autógrafa de las partes en la presente solicitud. La información biométrica capturada del solicitante y del representante de "EL BANCO", las cuales serán verificadas en los registros biométricos del Instituto Nacional Electoral o con cualquier otra autoridad

mexicana que provea el servicio de verificación de información biométrica similar al de dicho instituto, o en su caso, en la base de datos de información biométrica que “EL BANCO” pueda tener de sus clientes, se entenderán como sustituto de la firma autógrafa de las partes, por lo que los obligarán y producirán los mismos efectos que ésta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio para acreditar de manera expresa y clara la voluntad de las partes

SERVICIOS DE ASISTENCIA

ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL

RIESGOS CUBIERTOS

Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte (en adelante la Compañía), a través de EL PRESTADOR contratado, proporcionará al asegurado, los servicios de asistencia que requiera conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio nacional. El servicio funerario contratado estará estipulado en la carátula de la póliza.

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.

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

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 EN LA ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL

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

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
55-5809-4502**

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 **20 de abril de 2022**, con el número **CNSF-S0001-0433-2021/ CONDUSEF-005103-02**.

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

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

ANEXO DE LEGISLACIÓN

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

Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

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

Artículos

Ley Sobre el Contrato de Seguro:

- Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.
- Artículo 40°.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

- Artículo 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:
 - I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;
 - II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
 - III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
 - IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
 - V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

- Artículo 69°.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario 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.
- Artículo 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurado

- Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

- Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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.

- Artículo 83.- Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los artículos anteriores.