

# Vida Protección 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
COBERTURA ADICIONAL	7
CLÁUSULAS GENERALES	12

**CONDICIONES GENERALES  
PROTECCIÓN 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 o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
3. **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 ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.
4. **Asegurado:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y en su caso en los endosos correspondientes, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.
5. **Beneficiario:** Es la persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado o contratante como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
6. **Endoso:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que previo acuerdo entre las partes, adiciona beneficios para el Asegurado o modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
7. **Cajero automático:** Es una máquina usada para depositar; extraer dinero, pagar o comprar servicios, utilizando una tarjeta de plástico, que cuenta con una banda magnética y/o un *chip* con un Número de Identificación Personal NIP para tener acceso a los servicios proporcionados por el Banco
8. **Banco:** Institución de banca múltiple, con la cual el Asegurado tiene contratada una cuenta bancaria en virtud de la cual, se le ha entregado una tarjeta plástica con una banda magnética y/o chip, para que tenga

acceso a diferentes servicios automáticos. Incluyendo la contratación del presente seguro.

9. **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. Pudiendo ser una cuenta de ahorro (debito) o crédito

## 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 de 65 años.

### PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN PARA LA COBERTURA DE AYUDA FUNERARIA:

El beneficiario de esta cobertura deberá presentar:

- I. En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia de la caratula de la póliza o el ticket del cajero que recibió al momento de la contratación o el estado de cuenta con el cargo aplicado.
- II. Original del Formato de reclamación del siniestro, proporcionado por la Compañía.
- III. Copia certificada del acta de defunción.
- IV. Copia de la identificación del Asegurado y del beneficiario.

## COBERTURA ADICIONAL AYUDA 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 ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

#### ENFERMEDAD

Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se considera como enfermedad amparada 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.

#### TRATAMIENTO MÉDICO

Es aquél que debido al estado de salud de la persona, requiere de estancia hospitalaria por espacio mayor a 48 horas dentro de un hospital. No está considerada la estancia en el área de urgencias en un hospital como tratamiento médico.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es toda intervención quirúrgica que requiera un internamiento hospitalario para la atención de un padecimiento mayor a 24 horas y que requiera la intervención de un equipo quirúrgico incluyendo la atención anestésica.

#### HOSPITALIZACIÓN

La Hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.

**HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO**

Institución legalmente autorizada para el diagnóstico médico, 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.

**MÉDICO**

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

**ENFERMEDADES PREEXISTENTES**

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

**DEPORTISTA PROFESIONAL**

Persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual recibe un pago económico o un patrocinio en especie o ambas.

**DEPORTISTA AMATEUR**

Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas.

Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

**RIESGO CUBIERTO POR LA COBERTURA DE AYUDA HOSPITALARIA (AH)**

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento médico, el número de días que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista la hospitalización, será de 48 horas de estancia hospitalaria continua en el hospital por cada enfermedad o accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las primeras 48 horas de hospitalización de la Cobertura de Ayuda Hospitalaria. Dicho periodo opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.

La indemnización en caso de Ayuda Hospitalaria (AH) se efectuará al propio Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización y siempre y cuando tuviera derecho a la Suma Asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en el primer párrafo de esta cláusula, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios del Asegurado.

**RIESGOS NO CUBIERTOS PARA EL BENEFICIO ADICIONAL DE AYUDA HOSPITALARIA**

1. **Cualquier tratamiento relacionado con enfermedades preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta cobertura.**
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. **Participación directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en pistas especializadas o en la vía pública.**
  - e. **La práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
10. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante del sistema nervioso central, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritos por un médico.**
11. **Lesiones autoinfringidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**

#### RECLAMACIÓN DE AYUDA HOSPITALARIA

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

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

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

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

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.

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

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

#### **PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN PARA LA COBERTURA DE AYUDA HOSPITALARIA:**

- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia de la caratula de la póliza o el ticket del cajero que recibió al momento

de la contratación o el estado de cuenta con el cargo aplicado.

- Copia del Gasto Medico Hospitalario (Factura, con desglose de la misma-comanda-).
- Copia de la hoja de admisión y egreso (Fecha de ingreso y egreso)
- Copia de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.
- Copia del CURP del Beneficiario.
- Comprobante de domicilio.
- Original de los formatos de reclamación (Declaración A y B), proporcionados por la Compañía.

## CLÁUSULAS GENERALES

### PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato la cobertura básica y beneficio adicional estipulados en la caratula de la póliza y en su caso las coberturas que se agreguen como endosos al contrato.

### CONTRATO

La caratula de la póliza, las condiciones generales, constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía, el Contratante y/o Asegurado.

### CONSENTIMIENTO POR MEDIOS ELECTRONICOS:

La Compañía y el Asegurado, convienen en que el uso de la tarjeta bancaria de este último, en los cajeros automáticos operados por el Banco ingresando su NIP, sustituye a la firma autógrafa en términos de lo establecido por la legislación aplicable y tendrá pleno valor probatorio y fuerza legal para acreditar la contratación del seguro, con todas sus características.

El Asegurado acepta que es la única persona autorizada para celebrar cualquier contrato de seguro en cajeros automáticos, mediante el NIP de la tarjeta bancaria, por lo que libera de cualquier responsabilidad a Seguros Banorte SA de CV y al Banco, por cualquier falla o uso indebido de su NIP.

Como el contratante acepta que el uso del NIP, sustituye la firma autógrafa, por lo que su uso para cualquier fin de los enumerados en este apartado, servirá como medio de autenticación de identificación y expresión de su voluntad para los fines antes mencionados.

### FORMALIZACION DEL SEGURO.

El contratante manifiesta que es su voluntad, proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del uso del cajero automático, con cargo de primas a la tarjeta bancaria usada en el mismo.

Por lo anterior; las partes aceptan que la contratación de este seguro, se realizó por medios electrónicos es decir, a través de un cajero automático.

El uso del NIP en la contratación del seguro en un cajero automático, tendrá valor probatorio para acreditar el perfeccionamiento del mismo, 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 asegurado sabe y acepta que el presente seguro no genera ahorros ni intereses, por lo que no tiene valores garantizados ni el pago de rescate, no siendo necesario un estado de cuenta para este seguro.

Este seguro sólo tiene las coberturas básicas y el servicio de asistencia funeraria indicados en estas condiciones generales, por lo que las partes aceptan que no es posible contratar alguna otra cobertura para este seguro.

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

### NOTIFICACIONES ELECTRONICAS DEL SEGURO.

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

- I. Cualquier contratación o cancelación o modificación de beneficiarios en el seguro contratado;
- II. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;
- III. Instrucciones para transferencias de recursos dinerarios a cuentas de la Compañía por concepto de pago de primas;
- IV. Alta y/o modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;
- V. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;

Por motivos de seguridad, el asegurado sólo podrá contratar un seguro de



vida en cajeros automáticos, cuyo pago de prima esté ligado a una tarjeta bancaria.

#### **DOCUMENTACION CONTRACTUAL.**

La compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro a través del medio señalado por el Contratante a la Compañía.

No obstante lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx) o en [www.banorte.com](http://www.banorte.com) o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 01 800 500 25 00, disponible de lunes a domingo de 8:00 AM a 10:00 PM.

#### **COMPETENCIA**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

#### **INDISPUTABILIDAD**

Al no existir cuestionario previo, no existen omisiones o reticencias que; sin mala fe, el Contratante o Asegurado haya tenido al efectuar la declaración del seguro, con base en las cuales se ha emitido y formalizado la póliza, por lo que no le resultaran perjudiciales al asegurado ya que el seguro no es disputable.

#### **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.

#### **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.

#### **CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS\***

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s),

Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

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

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

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

#### **INDEMNIZACIÓN POR MORA**

En caso de mora, la Compañía, deberá pagar al Asegurado o Beneficiario (s), una indemnización de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

#### **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 al momento de la contratación del seguro y termina a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento, indicada en la carátula de la póliza y continuaran vigentes mientras la póliza no sea cancelada o cuando la prima haya sido pagada en tiempo.

### **PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

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

Dichos plazos empezarán a contar a partir de la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no 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.

### **REHABILITACIÓN**

Cuando los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado o restaurado, siempre

y cuando se cumplan todos los requisitos que se estipulan a continuación:

- No haya transcurrido más de seis meses, 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 se solicite la rehabilitación.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar por escrito la rehabilitación, para recibir orientación al respecto, comunicarse al 01 800 500 25 00 de lunes a domingo de 8 am a 10 pm.
- 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.

### **MODIFICACIONES**

Las modificaciones a este contrato, se harán previo acuerdo entre las partes, modificaciones que constarán por escrito mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

### **NOTIFICACIONES**

Cualquier comunicación a la Compañía deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación de la Compañía notificar al 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 Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio o de correo electrónico que tuviera durante la vigencia de la póliza, ya que toda comunicación que la Compañía le haga al mismo, la dirigirá a la última dirección de que tenga conocimiento y dicha

notificación surtirá todos sus efectos legales.

Los agentes y/o ejecutivos no tienen facultad, para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

### 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:

- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.
- Cuando el Contratante solicite la cancelación anticipada de la póliza a la Compañía. Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, en el cajero automático o al teléfono 01 800 500 2500 la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado, 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 Compañía emitirá un folio de cancelación, desde el momento que el asegurado o contratante lo solicite vía cajero automático o telefónicamente.

### BENEFICIARIOS

El Asegurado está de acuerdo en que los beneficiarios de este seguro, sean las mismas personas y en los mismos porcentajes que las designadas por él, como beneficiarias en el contrato celebrado con el Banco, origen de la tarjeta bancaria.

Si durante la vigencia del seguro, el Asegurador desea efectuar un cambio de beneficiarios, podrá solicitarlo por escrito a la Compañía o llamando a la línea de atención, que aparece al final de esta Condiciones Generales.

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 de la que tenga conocimiento, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

**El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la**

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

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

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada correspondiente a dicho(s) beneficiario(s) se pagará a su sucesión. Si sólo se hubiera designado un beneficiario y este muriera 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 nombre 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.

### PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

### INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

### EDAD

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

**EDAD FUERA DE LÍMITE**

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa 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 empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. (Artículo 171 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las edades de aceptación de la cobertura básica se presentan en la siguiente tabla:

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación (años)
18	64	65

**DESCUENTOS DE EDAD**

No aplica descuentos en edad.

**VALORES GARANTIZADOS**

Con apego al artículo 195 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, se establece que, el seguro temporal cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la Compañía a conceder valores garantizados para el caso de muerte.

Derivado de lo anterior la Compañía no concederá valores garantizados a este seguro.

**PAGO DE PRIMAS****El Contratante será el único responsable del pago de la prima.**

Las primas correspondientes a esta póliza son anuales, venciendo éstas en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Sin embargo las partes acuerdan que el pago de la misma sea de forma fraccionada, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

Las fracciones deberán ser pagadas a su vencimiento.

**PLAZO DE GRACIA Y CESACIÓN DE EFECTOS**

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 30 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 de la indemnización, el monto total de la prima pendiente de pago.

**LUGAR DE PAGO**

Las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, mediante cargos que efectuará la Compañía a la tarjeta bancaria con la que contrató el seguro, a cambio del Recibo de Pago correspondiente. En este último caso, el estado de cuenta en donde aparezcan los cobros de la prima hará prueba plena del pago de las primas y la comprobación del pago de las mismas servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato de seguro, aun cuando el asegurado no presente la póliza.

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 de la prima correspondiente.

Por lo anterior el Contratante tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia del recibo. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá llamar directamente al centro de atención; al número telefónico 01 800 500 2500 para reportarlo.

**RENOVACIÓN**

**El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho a renovar esta cobertura por un plazo de seguro igual al originalmente**

**pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda la edad máxima de aceptación en la fecha de 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 comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza.

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

#### **AVISO DE SINIESTRO**

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

#### **COMPROBACIÓN DE SINIESTRO**

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

#### **LIQUIDACIÓN**

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

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

#### **PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN**

Si el riesgo cubierto se ha realizado, se deberá presentar a la Compañía los elementos enumerados en: Presentación de Reclamación de la Cobertura a reclamar estipulados en estas Condiciones Generales.

O comunicarse al 01 800 500 25 00 para recibir orientación al respecto de lunes a domingo de las 8 am a 10 pm.

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 **21 de julio de 2016**, con el número **CNSF-S0001-0511-2016/CONDUSEF-000567-01**.

\*En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **05 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0131-2016**.

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, de lunes a viernes en un horario de 9 a 13:00 horas, teléfono 01 800 627 2292, 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)

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)