Para servicios de asistencia para el Interior de la República llama al

01800 000 4750

y para la Ciudad de México y Área Metropolitana llama al

(55) 5809 4750

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

Para mayor información llama a nuestro

Centro de Contacto

01800 500 2500

disponible las 24 horas los 365 días del año o consulta **www.banorte.com**

BANORTE | SEGUROS

Seguros Banorte
protección para todo y para todos

Asistencia Blindaje

BANORTE | SEGUROS

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

PRESTADORES DE SERVICIOS	5
TRASLADO MÉDICO TERRESTRE	5
ASISTENCIA LEGAL EN CASO DE ROBO DE TARJETA	6
PROTECCIÓN INFOCARD	6
PRESCRIPCIÓN DE LAS RECLAMACIONES	6
OBLIGACIONES DEL “ASEGURADO”	7
1.- SOLICITUD DE ASISTENCIA	7
2.- POLÍTICA DE RESTITUCIONES DE “EL PRESTADOR”	8
3. IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN A EL PRESTADOR	10
NORMAS GENERALES	11
GLOSARIO	11

PRESTADORES DE SERVICIOS

Seguros Banorte, S.A. de C.V., será responsable por la prestación de los servicios de asistencia conforme a lo establecido en estas condiciones generales. Sin embargo en razón de las personas que prestan los servicios son contratistas que operan en forma independiente de Seguros Banorte, S.A. de C.V. cualquier aspecto no contemplado en estas condiciones en forma específica, no se considerará responsabilidad de los Prestadores de Servicios, por este motivo quedará liberada la Compañía de Seguros de cualquier obligación derivada de otros servicios no especificados en este documento.

Los Prestadores de Servicios se obligan a proporcionarle al Asegurado, durante las 24 horas de los 365 días del año, los servicios profesionales que más adelante se especifican, única y exclusivamente mientras la póliza de seguro se encuentre en vigor.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

Si el Asegurado sufre un Accidente o Enfermedad Grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de **EL PRESTADOR,** en contacto con el médico que los atienda, recomienden su hospitalización, **EL PRESTADOR** organizará y cubrirá el costo del traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

Cubre hasta 2 eventos anuales sin costo para el asegurado.

Será el médico supervisor de **EL PRESTADOR** en conjunto con el médico tratante, quien determine, y coordine el tipo de transporte médico adecuado para la atención del Asegurado o Beneficiario.

Estos servicios se proporcionarán las 24 hrs. del día los 365 días del año por médicos titulados.

EXCLUSIONES A ESTE SERVICIO:

a. No proceden los Traslados Médicos Terrestres Programados.
b. Todos los gastos excedentes correrán a cargo del Asegurado.

ASISTENCIA LEGAL EN CASO DE ROBO DE TARJETA

Si el Asegurado llegase a sufrir un asalto en México y sea forzado a realizar alguna compra en contra de su voluntad y/o disposición de efectivo en cajeros automáticos, mediante el uso de violencia física o moral, con alguna de sus tarjetas bancarias, EL PRESTADOR le brindará asistencia legal para levantar la denuncia y lo asesorará en cuanto a los trámites necesarios para reclamar los seguros que en su caso protejan esa tarjeta.

Limitado a 2 eventos anuales sin costo para el Asegurado.

EXCLUSIONES A ESTE SERVICIO:

a. Todos los gastos excedentes correrán a cargo del Asegurado.
b. Sólo se cubren honorarios del abogado, no se pagan trámites, ni copias, ni viáticos

PROTECCIÓN INFOCARD

El Asegurado podrá registrar tarjetas de crédito, débito, comerciales y documentos oficiales; de modo que en caso de pérdida o robo, con una sola llamada, EL PRESTADOR estará en posibilidades de enlazarlo con las compañías emisoras y/o instituciones gubernamentales para proceder con la cancelación de las tarjetas y/o el reporte de los documentos. No hay límite de tarjetas ni de eventos.

EXCLUSIONES A ESTE SERVICIO:

a. Todos los gastos excedentes correrán a cargo del Asegurado.

PRESCRIPCIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia o a cualquier Servicio de Asistencia objeto de este contrato, deberá de ser presentada a **EL PRESTADOR** dentro de los 90 días naturales de la fecha en la que se produzca, prescribiendo de cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

OBLIGACIONES DEL “ASEGURADO”

1.- SOLICITUD DE ASISTENCIA

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el **Asegurado o Beneficiario** deberá llamar del D.F. y Área Metropolitana al **58 09 47 50** y del interior de la República al **01-800-0004750** facilitando los datos siguientes:

Su nombre y el número de su TARJETA.

a. Indicar el lugar donde se encuentra y el número de teléfono en el cual se le puede contactar con clave lada, o bien todos los datos necesarios para localizarlo.

b. Describir el problema y el tipo de ayuda que se requiere.

c. Indicar el lugar donde ocurrió la eventualidad.

d. Proporcionar los elementos necesarios para la ubicación y localización de la Situación de Asistencia o del Asegurado, así como cooperar con el debido seguimiento del asunto, acudiendo ante las autoridades respectivas.

e. Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin haber consultado a EL PRESTADOR

f. El equipo médico de EL PRESTADOR tendrá libre acceso a la historia y expedientes clínicos, si tal acceso les es negado, EL PRESTADOR no tendrá obligación de prestar ninguno de los Servicios de Asistencia.

g. Cualquier otro documento que solicite EL PRESTADOR siempre y cuando sea razonable en términos de la Ley del Contrato de Seguro.

h. Es responsabilidad del Asegurado o Beneficiario realizar cualquier reclamación de forma correcta.

2.- POLÍTICA DE RESTITUCIONES DE "EL PRESTADOR"

Sólo se pagarán restituciones cuando ocurra alguno de los hechos siguientes:

a. Cuando el proveedor, no proporcione el servicio solicitado dentro de los tiempos establecidos, 45 minutos para servicios en ciudad y el tiempo estimado por **"EL PRESTADOR"** en servicios carreteros y que se harán del conocimiento del **Asegurado o Beneficiario** al momento de solicitar el servicio.

b. **EL PRESTADOR** no cuente con proveedor disponible en la localidad en que nuestro Asegurado o Beneficiario este requiriendo el servicio.

c. Nuestro Asegurado o Beneficiario haya intentado comunicarse al Centro de Atención Telefónica (CAT) de **EL PRESTADOR** y su llamada telefónica no haya sido atendida, tiempo de respuesta 15 segundos en el 90% de las llamadas entrantes.

d. El **Asegurado o Beneficiario** no pueda reportar la solicitud del servicio por tratarse de una emergencia, siempre y cuando la reporte dentro de las 24 horas siguientes.

Para efectos de que proceda la Restitución se requiere:

a. El **Asegurado o Beneficiario** deberá presentar la factura original y ésta debe contener los datos fiscales de **"EL PRESTADOR"** o tambiénla podrá presentar a nombre del titular de la póliza del seguro.

   Para casos ocurridos en el extranjero, la factura o nota que presente el **Asegurado o Beneficiario** para tramitar la restitución, tendrá que ser original, contener los datos fiscales de **"EL PRESTADOR"** y el nombre del **Asegurado o Beneficiario** titular de la póliza.

   En todos los casos, sólo se podrán tramitar las facturas con fecha del mes en curso o del mes inmediato anterior.

   Para los casos ocurridos en México, Únicamente serán válidos los comprobantes de restituciones, que contengan los requisitos fiscales vigentes a la fecha de emisión, que se marcan en el Artículo 29 del Código Fiscal de la Federación, o el que lo sustituya como sigue:

- Nombre o Razón Social del establecimiento.
- Domicilio Fiscal del establecimiento
- Registro Federal de Contribuyentes con Cédula de Identificación Fiscal, del establecimiento.
- Folio preimpreso.
- Lugar y Fecha de expedición.
- Que el comprobante se expida a favor de la empresa; "SERVIASIT, S.A. DE C.V."
- Contener nuestro R.F.C. SER0811114H2.
- Domicilio Fiscal: Boulevard Adolfo López Mateos 261, Piso 8, Col. Los Alpes C.P. 01010, Delegación Álvaro Obregón, México, D.F.
- Cantidad y Clase de Mercancías o Descripción del Servicio.
- Valor unitario con número e importe total con número y letra.
- Importe y tasa del IVA desglosado.
- Fecha de Impresión y datos del impresor autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Además de aquellos que por actualizaciones determine la autoridad correspondiente, y los datos administrativos (al reverso contendrán firma del titular del área que autorizó la restitución y su área de adscripción), que requiera la Dirección de Administración y Finanzas.

b. Carta-Oficio dirigida a **"EL PRESTADOR"** a la atención del área que tramita, donde se solicite la restitución, indicando:

- Para ambulancia, la causa de la falta de notificación, padecimiento y lugar de destino.

c. Número de cuenta a nombre del titular (CLABE18 dígitos y nombre del banco), a la cual se le depositará el importe de la restitución.

d. Si la cuenta está en un banco extranjero serán necesarios los siguientes datos:

- Nombre del Banco.
- Número de cuenta.
- Swift.
- Aba.
- Iban.
- A falta de estos tres códigos anteriores, el Routing number.
- Formato de identificación del cliente.

e. Copia de identificación oficial.

f. Copia de la póliza.

g. Carta del ejecutivo que presenta el reembolso donde especifica los datos anteriores y la cantidad a restituir con número y letra.

h. Número de teléfono y correo electrónico del remitente, para darle acuse de recibo y comunicaciones que se requieran

Sí procede la restitución, esta se pagará basándose en la cobertura de la cuenta al momento de contratarse, por ningún motivo se pagará un importe mayor a esta.

Todos los documentos que se requieren para tramitar el reembolso, deberán enviarse en atención a:

AREA DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO.
Domicilio: Blvd. Adolfo López Mateos No. 261 piso 8 col. Los Alpes C.P. 01010 México, D.F.

Plazo para tramitar los reembolsos: El área que tramita el reembolso contará con un plazo de 15 días hábiles para hacer el depósito en el número de cuenta señalado. Transcurrido este plazo se informará al **Asegurado o Beneficiario** por medio de un correo electrónico, que el depósito del importe autorizado se haya realizado en la cuenta señalada y se hará entrega de una copia del comprobante.

3. IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN A EL PRESTADOR

Los servicios a que se refiere este Anexo, configuran la única obligación de **EL PRESTADOR** de organizar y cubrir los costos directamente, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del **Asegurado o Beneficiario** para solicitarlos en los términos de las presentes condiciones, dicho **Asegurado o Beneficiario** podrá acudir directamente a terceros en solicitud del servicio; en tal supuesto, **EL PRESTADOR**, podrá reembolsar al **Asegurado o Beneficiario** las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de hospitalización y/o ambulancia terrestre por emergencia, en ningún otro supuesto habrá lugar a reembolso.

a. En caso de peligro de la vida.

En situación de peligro de muerte, el **Asegurado o Beneficiario** o su Representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad buscando preserva la vida humana, para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el Accidente o Enfermedad, con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán con EL PRESTADOR para notificar la situación.

A falta de dicha notificación, EL PRESTADOR considerará al **Asegurado o Beneficiario** como responsable de los costos y gastos incurridos.

NORMAS GENERALES

a. **Mitigación.**
El **Asegurado o Beneficiario**, su representante o familiar, está obligado a mitigar o limitar los efectos de las situaciones de emergencia.

b. **Cooperación con "EL PRESTADOR".**
El Asegurado o Beneficiario, su representante o familiar, deberá cooperar con "EL PRESTADOR" para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a **"EL PRESTADOR"** los documentos necesarios para cumplir las formalidades necesarias.

c. **Prescripción de las Reclamaciones.**
Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores al de la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

d. **Subrogación.**
"EL PRESTADOR" quedará subrogado, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al **Asegurado o Beneficiario,** contra cualquier responsable de un accidente o enfermedad que hayan dado lugar a la prestación de los servicios de asistencia.

GLOSARIO

a. Accidente: Todo acontecimiento que provoque daños físicos a un **Asegurado o Beneficiario** causado única y directamente

por una causa externa, violenta, fortuita y súbita o como consecuencia de un acto no intencional del **Asegurado o Beneficiario.**

b. **Emergencia:** Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.

c. **Enfermedad:** Cualquier alteración en la salud del **Asegurado o Beneficiario** que suceda, se origine o se manifieste por primera vez, en los Estados Unidos Mexicanos o por primera vez a la fecha de salida del viaje del **Asegurado o Beneficiario** y durante la vigencia del contrato de su tarjeta Bancaria.

d. **Lesiones:** Toda agresión física corporal sufrida por e**l Asegurado o Beneficiario** a consecuencia de una acción externa, súbita, fortuita, violenta o intencional de una tercera persona que amerite la hospitalización del **Asegurado o Beneficiario.**

e. **Asegurado o Beneficiario (s):** Toda persona física, titular de uan Tarjeta Bancaria bajo el contrato celebrado con el Banco, considerado por la aseguradora como **Asegurado o Beneficiario**, cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza

f. **Violencia:** Toda agresión física corporal o moral sufrida por el **Asegurado o Beneficiario** a consecuencia de una acción externa, súbita, fortuita, violenta e intencional de una tercera persona producida al beneficiario.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de octubre de 2015, con el número BADI-S0001-0075-2015.