

Contenido

DEFINICIONES.....	1
COBERTURAS BÁSICAS.....	2
EXCLUSIONES GENERALES.....	3
COBERTURAS ADICIONALES.....	3
CLAUSULAS GENERALES.....	7

DEFINICIONES

ASEGURADORA

Es Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte.

ACCIDENTE

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

CONTRATANTE

Es la persona física o moral que ha celebrado con la Aseguradora el Contrato de Seguro y que pagará a la misma el importe de las primas correspondientes a las coberturas contratadas bajo esta Póliza.

GRUPO ASEGURABLE

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que se lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

GRUPO ASEGURADO

El Grupo Asegurado es el conjunto de personas que perteneciendo, al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Aseguradora, por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Aseguradora.

ACREDITADO

Es la persona física que tiene celebrado con el Contratante un contrato de Crédito Revolvente el cual se encuentra vigente.

ASEGURADO

Es el Acreditado que cumple con los siguientes requisitos:

1. Ha otorgado su consentimiento en cumplimiento a las disposiciones legales aplicables para estar cubierto bajo este seguro; y
2. Su edad en la Fecha Efectiva se encuentra comprendida dentro de las Edades de Admisión, especificadas en el Certificado y en la carátula de la Póliza.

BENEFICIO

Es la cantidad que la Aseguradora se obliga a pagar, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza y en el Certificado para cada una de las coberturas contratadas, hasta por el Monto Máximo del Seguro.

Este seguro no cubre las disposiciones a la línea de crédito abierta bajo el Crédito Revolvente hechas con posterioridad a la fecha en la que ocurra el evento que dé origen al pago del Beneficio por parte de la Aseguradora, a excepción de los cargos automáticos existentes y facturados con anterioridad.

El seguro tampoco cubre pagos mínimos mensuales vencidos no pagados, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, ni pagos por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

BENEFICIARIO

Personas(s) designadas(s) por el Asegurado en el Certificado, como titular de los derechos de indemnizaciones que en dicho documento se establezcan.

ENDOSO

Documento emitido por la Aseguradora que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste y se encuentra registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,

CERTIFICADO

Es el documento mediante el cual, la Aseguradora hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la fecha efectiva, los periodos que correspondan, la designación de beneficiarios y, en general, sus datos personales.

CRÉDITO REVOLVENTE

Es la línea de crédito aprobada y otorgada por el contratante en favor del asegurado.

EDAD MÍNIMA DE ADMISIÓN

La edad mínima que se requiere para ser cubierto por este seguro es de 18 años.

EDAD MÁXIMA DE ADMISIÓN

La edad máxima que se requiere para ser cubierto por este seguro es de 70 años.

EDAD DE TERMINACIÓN

Es la edad de 71 años la cual una vez alcanzada por el Asegurado cesan automáticamente para el mismo, todas a las coberturas contratadas bajo este Seguro.

EVENTO

Hecho que origina el pago del Beneficio por parte de la Aseguradora, en los términos estipulados en esta Póliza.

FECHA EFECTIVA

Es la fecha indicada en el Certificado en la que inicia la vigencia del seguro.

MONTO MÁXIMO DEL SEGURO

Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora bajo este seguro como Beneficio de la cobertura bajo cada Certificado.

NÚMERO MÁXIMO DE PAGOS

Es el número máximo de pagos recurrentes que realizará la Aseguradora bajo este seguro como Beneficio de cada una de las coberturas bajo cada Certificado.

PAGO MÍNIMO MENSUAL

Es la cantidad mínima que el Asegurado deberá pagar mensualmente al Contratante bajo el Crédito Revolvente.

PERIODO DE CARENCIA

Es el período que se indica en el Certificado, que deberá transcurrir a partir de la Fecha Efectiva del Certificado para que el Asegurado se encuentre cubierto bajo este seguro.

PERIODO DE ESPERA

Es el período que debe transcurrir a partir de la fecha en la que ocurra el evento cubierto, para que en términos contractuales se origine el pago del Beneficio.

El Período de Espera se indica en el Certificado.

PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Se considerará Padecimiento Preexistente, una alteración de la salud:

1. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la Fecha Efectiva; y/o
2. Sobre la cual se haya emitido un diagnóstico por parte de un médico antes de la Fecha Efectiva; y/o
3. Por la cual se haya efectuado un gasto para su tratamiento antes de la Fecha Efectiva.

MÉDICO

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

SALDO

Es la cantidad total adeudada, incluyendo los cargos diferidos a mensualidades sin intereses pendientes de facturarse, realizados por el Asegurado con cargo a su Tarjeta de Crédito al amparo del Crédito Revolvente en la fecha en la que ocurra el Evento.

Para efectos del seguro, no formarán parte del Saldo las disposiciones a la línea de crédito abierta bajo el Crédito Revolvente hechas con posterioridad a la fecha en la que ocurra el evento que dé origen al pago del Beneficio por parte de la Aseguradora, así como tampoco los pagos mínimos mensuales vencidos y no pagados, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, ni el pago por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

PRIMA NETA: Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza especificados en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

COSTO DE ADQUISICION: es el porcentaje de la prima, que por concepto de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

COBERTURAS BÁSICAS**RIESGOS CUBIERTOS
FALLECIMIENTO****OPCIONES DE CONTRATACIÓN**

En esta cobertura solo se podrá asegurar al Acreditado.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia del Certificado, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado la Suma Asegurada señalada en el Certificado.

EXCLUSIONES GENERALES

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre la muerte del Asegurado causada por Suicidio, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros dos (2) años a partir de la Fecha Efectiva del Certificado, sin importar el estado mental del Asegurado.

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago del Beneficio por parte de la Aseguradora, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora las siguientes pruebas:

1. Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que la misma proporcione.
2. Original del Acta de Defunción del Asegurado.
3. Original o copia del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad.
4. Original o copia de identificación oficial del Asegurado.
5. Original del Certificado de Seguro.
6. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el pago de la Prima.

COBERTURAS ADICIONALES

MUERTE ACCIDENTAL

OPCIONES DE CONTRATACIÓN

En esta cobertura sólo se podrá asegurar al Acreditado.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, si a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante la Vigencia del Certificado y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente, el Asegurado fallece.

EXCLUSIONES

Este beneficio no cubre la muerte del Asegurado causada por:

1. Suicidio, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros dos

años a partir de la Fecha Efectiva del Certificado, sin importar el estado mental del Asegurado.

2. Accidente en viaje aéreo, a menos que el Asegurado sea miembro de la tripulación o haya pagado la tarifa correspondiente de pasajero y, en ambos casos, se encuentre a bordo de una nave aérea de aerolínea comercial debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
3. Cualquier acto de guerra, declarada o no declarada.
4. Enfermedad corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental, tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.
5. Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien por ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.
6. Participar en riñas siempre y cuando sea el provocador, o en delitos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
7. Participación del Asegurado como piloto o copiloto, ayudante o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad y resistencia o velocidad.
8. Parto o aborto cualquiera que sea su causa.
9. Participación en un disturbio.
10. Práctica de paracaidismo, buceo, alpinismo, velideltismo, tauromaquia u otros deportes clasificados como peligrosos.

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago de Beneficios por parte de la Aseguradora, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora las siguientes pruebas:

1. Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que la misma proporcione.
2. Original del Acta de Defunción del Asegurado y Acta del Ministerio Público.
3. Original o copia del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad.
4. Original o copia de identificación oficial del Asegurado.
5. Original o copia del Certificado de Seguro.
6. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el pago de la Prima.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

OPCIONES DE CONTRATACIÓN

En esta cobertura se podrá asegurar únicamente al Acreditado.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

En caso de que el Asegurado, dentro de la vigencia de su certificado y una vez transcurrido el periodo de carencia respectivo, el cual es de treinta (30) días, quede incapacitado total y temporalmente, la Aseguradora pagará mensualmente al Contratante en su carácter de beneficiario irrevocable, una vez transcurrido el periodo de espera de treinta (30) días y durante seis (6) meses o hasta que el Asegurado se reincorpore a su actividad o trabajo, lo que ocurra primero, una cantidad equivalente al porcentaje del saldo deudor al corte a la fecha del siniestro, que se señale en la carátula de la póliza y el certificado, sin que dicha cantidad exceda del límite señalado como Monto Máximo del Seguro.

El beneficio se hará efectivo siempre y cuando la Incapacidad Total Temporal ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia, y el Asegurado permanezca incapacitado total y temporalmente en forma continua durante el Período de Espera.

El beneficio de Incapacidad Total Temporal aplica únicamente para profesionistas independientes o personas con actividad independiente, que por su giro no son susceptibles del beneficio de la cobertura por Desempleo Involuntario.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Incapacidad Total Temporal, la pérdida temporal de facultades o aptitudes que se sufrió por una enfermedad o accidente amparados y que impide al Asegurado el desempeño de su trabajo por un periodo

de tiempo y siempre que la Incapacidad haya sido continúa durante el periodo de espera establecido.

TERMINACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS

La Aseguradora terminará el pago del Beneficio al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Que el Asegurado fallezca;
2. Que termine el estado de Incapacidad Total Temporal;
3. Al quedar liquidado el Saldo que haya existido en la fecha en que ocurrió la Incapacidad Total Temporal;
4. Al haberse efectuado el pago del Monto Máximo del Seguro o el Número Máximo de Pagos del beneficio, lo que ocurra primero.

REELEGIBILIDAD

Una vez que la Aseguradora haya completado el pago de este Beneficio por la Incapacidad Total Temporal de un Asegurado, éste podrá ser nuevamente elegible para esta Cobertura Adicional, después de haber transcurrido el Período que se especifica en la carátula de la Póliza y que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Tener un Crédito Personal Revolvente del Contratante, en vigor.
2. Otorgar su consentimiento para estar cubierto bajo este seguro.
3. Que su edad en la Fecha Efectiva no sea menor de la Edad Mínima ni mayor a la Edad Máxima, especificadas en la carátula de la Póliza.
4. Que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde la fecha del pago del último beneficio originado por la ocurrencia del Evento anterior.

EXCLUSIONES

Este beneficio no cubre:

1. **Disposiciones del Crédito Revolvente otorgado al Asegurado con posterioridad a la fecha de inicio de la Incapacidad Total Temporal.**
2. **La Incapacidad Total Temporal resultante de un intento de suicidio o de lesiones o enfermedades que se provoquen intencionalmente el Asegurado.**
3. **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se concluye que ocurrieron a consecuencia de encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol o de sustancias controladas no prescritas médicamente.**

- 4. La Incapacidad Total Temporal resultante de incidentes o catástrofes nucleares, desastres naturales, actos de terrorismo en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o actos de guerra.**
- 5. La Incapacidad Total Temporal resultante de actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- 6. La Incapacidad Total Temporal resultante de Padecimientos Preexistentes.**

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago del Beneficios por parte de la Aseguradora, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora las siguientes pruebas:

1. Declaración de siniestro a la Aseguradora en los formatos que la misma proporcione.
2. Original o copia certificada del Dictamen de Incapacidad Total Temporal expedido por una Institución de Seguridad Social o, en su defecto, por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañado con los elementos probatorios necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Incapacidad Total Temporal.
3. Original o copia del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad.
4. Original o copia de identificación oficial del Asegurado.
5. Original o copia del Certificado de Seguro.
6. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el pago de la Prima a la fecha del Evento.

En caso de que la Compañía determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.*

Así mismo, si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.*

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.*

DESEMPLEO INVOLUNTARIO **DEFINICIONES**

Para efectos de esta cobertura adicional, las siguientes palabras se entenderán como sigue:

DESPIDO INJUSTIFICADO

Desempleo del Asegurado originado por la acción del patrón de dar por terminada la relación laboral, sin que medie una causa justificada para hacerlo, en términos del Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

EMPRESA

Persona física o moral que, en su carácter de patrón, tiene celebrado un contrato de trabajo por tiempo indeterminado con las características antes mencionadas con el Asegurado.

ASEGURADO

Es el Acreditado que cumple con los siguientes requisitos y por lo tanto se encuentra cubierto bajo esta cobertura:

1. Tiene un Crédito Personal Revolvente en vigor.

2. Ha otorgado su consentimiento para estar cubierto bajo este seguro.
3. Su edad en la Fecha Efectiva no es menor de la Edad Mínima ni mayor de la Edad Máxima, especificadas en la carátula de la Póliza.
4. En la Fecha Efectiva:
 - a. Es empleado activo de la Empresa, conforme a un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establece una jornada de trabajo de tiempo completo y se encuentra subordinado a la Empresa mediante el pago de un salario.
 - b. Tiene por lo menos doce (12) meses de trabajar en las condiciones antes descritas, de forma continua, lo cual, en caso de que la Aseguradora lo requiera, deberá acreditar con copias de los recibos de nómina de los últimos doce (12) meses; y
 - c. Tiene una antigüedad mínima de tres (3) meses en su empleo actual con la Empresa, situación que deberá acreditar a la Aseguradora con copias de los recibos de nómina correspondientes.

REELEGIBILIDAD

Una vez que la Aseguradora haya completado el pago de este Beneficio por el Desempleo Involuntario de un Asegurado, éste podrá ser nuevamente elegible para esta Cobertura Adicional, después de haber transcurrido el Período (de Espera) que se especifica en la carátula de la Póliza y que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Tener un Crédito Personal Revolvente en vigor.
- b. Otorgar su consentimiento para estar cubierto bajo este seguro.
- c. Que su edad en la Fecha Efectiva no sea menor de la Edad Mínima ni mayor a la Edad Máxima, especificadas en la carátula de la Póliza.
- d. Que en la Fecha Efectiva sea empleado activo de la Empresa y cumpla los requisitos establecidos anteriormente.
- e. Que su antigüedad en el empleo actual sea de al menos seis (6) meses.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

En caso de que el Asegurado, dentro de la vigencia de su certificado y una vez transcurrido el Período de Carencia respectivo, el cual es de treinta (30) días, quede desempleado involuntariamente por despido injustificado, la Aseguradora pagará mensualmente al Contratante en calidad de beneficiario irrevocable, una vez transcurrido el Período de Espera de treinta (30) días y durante seis (6) meses o hasta que el Asegurado se reincorpore a su actividad o trabajo, lo que ocurra primero, una cantidad equivalente al porcentaje del saldo deudor al corte a la fecha del siniestro que se señale en el certificado, sin que dicha

cantidad, exceda del Monto Máximo del Seguro ni del límite señalado como Monto Máximo del Seguro.

El beneficio se hará efectivo siempre y cuando el Desempleo Involuntario ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia y el Asegurado permanezca desempleado en forma continua durante la aplicación de este beneficio.

TERMINACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS

La Aseguradora terminará el pago del Beneficio al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Que el Asegurado fallezca;
2. Que termine el estado de Desempleo Involuntario;
3. Al quedar liquidado el Saldo que haya existido en la fecha en que ocurrió el Desempleo Involuntario;
4. Al haber pagado el Monto Máximo del Seguro o el Número Máximo de Pagos del beneficio, lo que ocurra primero.

EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre:

1. **Disposiciones del Crédito Revolvente otorgado al Asegurado con posterioridad a la fecha de inicio del Desempleo.**
2. **Renuncia voluntaria del empleo.**
3. **Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
4. **Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**
5. **Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.**
6. **Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).**
7. **Cuando el Asegurado hubiere tenido conocimiento de que se produciría su desempleo, dentro de los noventa (90) días anteriores a la Fecha Efectiva.**
8. **El fallecimiento del Asegurado.**

PRUEBAS

Para hacer efectivo el pago del Beneficio por parte de la Aseguradora, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora, en su caso, las siguientes pruebas de Desempleo Involuntario del Asegurado:

1. Forma de reclamación de la Aseguradora debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del Asegurado. Para tales efectos, se considerarán como identificación oficial cualquiera de los siguientes documentos: pasaporte, credencial de elector, cédula profesional, cartilla del servicio militar.
3. Original del último estado de cuenta del Crédito, en el cual se identifique el cargo mensual del seguro.
4. Original o Copia del certificado de seguro emitido por la Aseguradora.
5. En su caso, copia del finiquito por la terminación de la relación laboral en la que aparezcan las cantidades recibidas por el Asegurado por prestaciones y demás percepciones.
6. En su caso, copia de la baja del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM); Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores ("INFONAVIT"); y cualesquiera otras instituciones a la cual se haya encontrado afiliado el Asegurado.
7. Para aquellos casos en que la causa de la baja sea separación voluntaria y el Asegurado no esté de acuerdo con esta resolución, el Asegurado podrá presentar a la Aseguradora copia de la demanda laboral, en la que conste el sello de recibido por la autoridad correspondiente.
8. Copia de los recibos de nómina correspondientes a los tres (3) meses inmediatos anteriores al desempleo, que deberán de haber sido emitidos por la misma Empresa. La Empresa deberá de coincidir con aquella que notifica la baja ante la Institución de Salud de acuerdo al punto 6 anterior.

El pago mensual del Beneficio quedará condicionado a que el estado de desempleo continúe y al Monto Máximo del Seguro y al Número Máximo de Pagos establecidos en la carátula de la Póliza y en el certificado correspondiente.

La cobertura de Desempleo Involuntario y la cobertura de Incapacidad Total Temporal son (mutuamente) excluyentes, por lo que la Aseguradora sólo pagará, en su caso, la primera reclamación ocurrida de cualquiera de estas dos coberturas.

LIQUIDACION DE DEUDA

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

Si la situación de Incapacidad total temporal del Asegurado persiste para el séptimo mes, la Aseguradora pagará el Saldo remanente del Crédito que el Asegurado tenga en ese momento, sin que

exceda del Monto Máximo del Seguro y el límite señalado en la Póliza como suma asegurada para este beneficio.

Si una vez que hayan transcurrido los seis meses, la situación de desempleo del Asegurado persiste, en el séptimo mes la Aseguradora pagará al Contratante en calidad de beneficiario irrevocable el Saldo remanente del Crédito en ese momento, sin que exceda del Monto Máximo del Seguro ni del límite señalado en la Póliza como suma asegurada para este beneficio.

La cobertura de Desempleo Involuntario y la cobertura de Incapacidad Total Temporal son (mutuamente) excluyentes, por lo que la Aseguradora sólo pagará, en su caso, la primera reclamación ocurrida de cualquiera de estas dos coberturas.

CLAUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

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

CONTRATO

Esta Póliza, los Consentimientos y Certificados Individuales de Seguro, el Registro de Asegurados, las Cláusulas Adicionales y los Endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

VIGENCIA

La Póliza iniciará y terminará su vigencia en las fechas indicadas en la carátula de la misma.

La vigencia del seguro para cada Certificado iniciará en la Fecha Efectiva que se indique en el Certificado y continuará hasta que se presente un Evento que origine la cancelación del Certificado.

CANCELACIÓN DE PÓLIZA

El Contrato se cancelará por la siguiente causa:

- Por no haberse pagado la Prima dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Los Certificados se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado solicite a la Aseguradora la cancelación por escrito del Seguro. En este caso, la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación indicada, la que sea posterior;
- Si por causas imputables al Asegurado la Prima no es pagada dentro de dicho plazo, los efectos del presente Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas del

último día del plazo mencionado para dicho Asegurado.

- En la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la Edad de Terminación.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante o de la Aseguradora se efectuarán en Moneda Nacional.

EDAD

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Aseguradora, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora; en este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática que corresponda al Asegurado en la fecha de su rescisión.

Para efectos de este Contrato, se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta Póliza.

RENOVACIÓN*

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovar este contrato de seguro, a solicitud por escrito del Contratante, bajo las mismas condiciones en 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 la edad máxima de aceptación de la cobertura en 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.

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido

de pleno derecho el presente Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado.

DISPUTABILIDAD

El Contrato será disputable dentro de su primer año de vigencia por la omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Transcurrido el periodo de un año referido en el párrafo anterior, la Aseguradora renuncia al derecho que le confiere la Ley para rescindir el Contrato por la omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado.

MODIFICACIONES

Este Contrato podrá ser modificado previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Aseguradora mediante cláusulas adicionales o endosos.

Cualquier persona no autorizada por la Aseguradora carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a continuación se transcribe el Artículo 25 como sigue: "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 (30) 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".

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

NOTIFICACIONES

Toda notificación por parte del Contratante o de los Asegurados a la Aseguradora, deberá hacerse por escrito y entregarse en el domicilio de la misma indicado en la carátula de la Póliza.

En caso de cambio de domicilio de la Aseguradora, ésta se obliga a comunicarlo al Contratante y a los

Asegurados para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Contratante y/o al Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que conozca la Aseguradora.

REPORTE DE ASEGURADOS

Dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora la relación detallada de los siguientes movimientos, generados en el mes anterior, a efecto de expedir los Certificados y el Endoso correspondiente.

- a) Las altas, debiendo remitir los consentimientos por escrito de los respectivos integrantes, los cuales deberán contener la Suma Asegurada y la designación de los beneficiarios y si ésta se realiza de forma irrevocable, a efecto de expedir los Certificados y el Endoso correspondiente.

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

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

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

- b) Las bajas del grupo asegurado, debiendo indicar la fecha de la separación.
Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.
En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada, de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.
- c) Dar aviso a la Aseguradora de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas y, en su caso, remitir los nuevos consentimientos de los Asegurados. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

De igual forma, dentro de los mismos primeros diez (10) días de cada mes, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora al menos la información siguiente, con la cual la Aseguradora formará el Registro de Asegurados:

1. Resumen de Asegurados:

- a. Número de Asegurados
b. El Saldo del Crédito Revolvente y/o el Saldo promedio diario del Crédito Revolvente en el mes inmediato anterior, en forma global para todos los Asegurados.

2. Detalle de Asegurados:

- a. Nombre
b. Fecha de Nacimiento
c. Sexo
d. Saldo del Crédito Revolvente al último día del mes inmediato anterior
e. Saldo promedio diario del Crédito Revolvente en el mes inmediato anterior
f. Tipo de Asegurado (Acreditado)
g. Monto del pago mínimo mensual correspondiente
h. Fecha efectiva
i. Número de Certificado
j. Coberturas amparadas

Asimismo, el Contratante se obliga a proporcionar a la Aseguradora la información adicional que ésta le solicite, siempre que esté relacionada con este seguro.

El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de los Asegurados toda la información contenida en los certificados correspondientes. Lo anterior, independientemente de que los Asegurados, en cualquier momento, podrán solicitar a la Aseguradora el certificado respectivo.

REVISIÓN DE REGISTROS

A efecto de que la Aseguradora pueda aclarar cualquier hecho relacionado con el seguro, el Contratante autorizará a la Aseguradora a revisar sus libros y registros.

Si el Contratante impide u obstaculiza dicha revisión, la Aseguradora tendrá derecho a rescindir el presente Contrato sin responsabilidad alguna.

BENEFICIARIOS

Serán el Contratante o a quienes designe el Asegurado, según corresponda.

El Asegurado podrá nombrar o cambiar a sus beneficiarios, notificando tal designación por escrito a la Aseguradora, en virtud de que el objeto del Seguro es el pago del Beneficio al ocurrir su fallecimiento.

En caso de haberse contratado las coberturas adicionales cuyos Beneficios consistan en garantizar el Saldo o Número Máximo de Pagos del Crédito Revolvente, el Contratante será el Beneficiario preferente e irrevocable; de otra forma, los Beneficios se pagarán a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

El derecho de revocación de los Beneficiarios designados, cesará cuando el Asegurado haga renuncia de éste mediante una designación irrevocable que se notifique por escrito a la Aseguradora y a dicho Beneficiario Irrevocable.

Si sólo se hubiese designado un beneficiario y éste 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 de beneficiario.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente; o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencias:

Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte, Hidalgo No. 250 Pte. Col. Centro C.P. 64000 Monterrey, Nuevo León R.F.C. SBG971124PL2 Teléfono 01800 500 25000

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 al 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 sólo 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.

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.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora 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 Aseguradora 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.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años, por lo que respecta a la cobertura de fallecimiento, y dos años tratándose de las demás coberturas, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley.

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

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

PRIMAS

La prima mensual global se integrará por la prima mensual de cada uno de los Asegurados.

La prima mensual se calculará multiplicando el Saldo del Crédito Revolvente de los Asegurados por la cuota mensual establecida en el Certificado.

Las primas no estarán diferenciadas por edad y la prima aplicable será la que corresponda a la edad promedio esperada del grupo asegurable.

El Contratante efectuará el cargo correspondiente al Asegurado por las Primas que correspondan, en el estado de cuenta correspondiente a su Crédito Revolvente, previa autorización del Asegurado.

PAGO DE PRIMAS

La prima vence el primer día de cada mes.

El Contratante se obliga a pagar la Prima a la Aseguradora dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la misma, previo el cargo que efectúe al Asegurado, para lo cual recabará la autorización respectiva. El estado de cuenta en el que aparezca la prima del seguro será prueba de dicho pago. Si por causas imputables al Asegurado la Prima no es pagada dentro de dicho plazo, los efectos del presente Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas del último día del plazo mencionado para dicho Asegurado.

INDEMNIZACIONES

PRUEBAS

Las pruebas requeridas para hacer efectivo el pago del Beneficio de cada una de las coberturas por parte de la Aseguradora, se especifican en la sección correspondiente a cada una de dichas coberturas.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado, 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.

AVISO

Cualquier Evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto cese uno u otro.

INDEMNIZACION POR MORA O INTERÉS MORATORIO*

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, no cumpla con la obligación de pago de la indemnización, capital o renta, en caso de que proceda y en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En donde se establece lo siguiente: "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.”

LIQUIDACIÓN

La Aseguradora pagará al Contratante y/o a los respectivos beneficiarios del, según corresponda, el Beneficio que proceda, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que reciba las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Asimismo, tratándose de las coberturas cuyos Beneficios consistan en garantizar el saldo o el número máximo de pagos del Crédito Revolvente, el Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Aseguradora pague al Contratante, en su carácter de beneficiario irrevocable del seguro, el importe del saldo cubierto.

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.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En virtud de que la contratación del seguro se efectúa por vía telefónica y el cobro de la prima se realiza con cargo a tarjeta de crédito, la Aseguradora, en un plazo máximo de 30 treinta días naturales posteriores a la fecha de contratación del seguro, le hará entrega al Asegurado de la documentación relativa al contrato de seguro celebrado, la entrega se hará en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería. Lo anterior en el entendido de que en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Asegurado no reciba la documentación mencionada en el párrafo anterior dentro del plazo indicado, deberá hacerlo del conocimiento de la Aseguradora, comunicándose al teléfono 01-800-500-2500, para que a través de correo electrónico le sean enviadas o podrá acudir directamente a las oficinas de la Aseguradora con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

En caso de que el Asegurado desee dar por terminado su contrato de seguro deberá sujetarse a lo establecido en la cláusula Cancelación de Póliza de las presentes Condiciones y al hacer la solicitud por escrito, se le proporcionará el número o folio de atención, el cual será el comprobante respectivo, en el entendido de que la cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida dicha solicitud o en la fecha de cancelación solicitada, la que sea posterior.

Asimismo, el Asegurado puede solicitar que no se renueve automáticamente el seguro, en cuyo caso,

deberá comunicarlo por escrito a la Aseguradora, con una antelación mínima de 30 días naturales a la fecha de terminación del seguro, en los términos de la cláusula Renovación, en cuyo caso se le proporcionará el número o folio de atención, el cual será el comprobante de que su seguro no será renovado.

La dirección de la página electrónica en Internet de la Aseguradora, a la que el Asegurado puede acceder para identificar y consultar el modelo de clausulado, es: www.segurosbanorte.com.mx

Para efectos de cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de la Aseguradora al teléfono 01-800-228-0077.

BAJA DE ASEGURADOS*

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

En este caso, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución del costo de adquisición y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja del grupo.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA*

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

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

CANCELACIÓN DE CERTIFICADOS*

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

De acuerdo a lo que establece el Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del

Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, a continuación se transcribe el texto aplicable del artículo 17 al 21.

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

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

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 **17 de Mayo de 2011** con el número **CNSF-S0001-1102-2010**.

*En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **1 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0232-2015** y a partir del día **17 de diciembre de 2014**, con el número **CGEN-S0001-0197-2014** y a partir del día **20 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **5 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0132-2016**.

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

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx