

Vida Hipotecario GFN PEMEX

Para reporte de siniestro llama al
800 500 2500
en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 7:00 p.m.
y sábados de 9:00 a.m. a 3:00 p.m.
o consulta banorte.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	9
EXCLUSIONES GENERALES	12
CLAUSULAS GENERALES	14

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA GRUPO HIPOTECARIO GFN PEMEX**

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 la persona moral, que ha solicitado la celebración del contrato de seguro.
3. **Asegurado:** Persona(s) física(s) amparada(s) bajo este contrato por las coberturas que se indican en el certificado, que cumple(n) con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y ha(n) sido aceptada(s) por ésta.

Dependiendo de la modalidad del crédito hipotecario que haya otorgado el acreditante, el Asegurado podrá ser:

1. El acreditado de forma individual ó;
 2. El acreditado y coacreditado, de forma mancomunada
4. **Acreditante:** Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un crédito al Asegurado.
 5. **Acreditado:** Es la persona que ha aperturado, un crédito hipotecario con garantía prendaria a través de EL CONTRATANTE del seguro.
 6. **Coacreditado:** Es la persona nombrada por el Titular del Crédito, o acreditado para gozar de los beneficios del crédito hipotecario y/o del seguro otorgado por el CONTRATANTE, pero también con la obligación de pago de los saldos insolutos derivados del crédito hipotecario o de las primas del seguro que se adeuden.
 7. **Saldo insoluto:** Para efectos de este contrato de seguro, se considerará como saldo insoluto a la deuda que el Asegurado tenga con el Acreditante y que corresponde al monto que resulte de lo estipulado en Contrato de Crédito Hipotecario pactado.
 8. **Beneficiario:** Persona (s) designada (s) por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización derivados de las

coberturas contratadas.

9. **Beneficiario preferente:** Es la persona designada por el asegurado, como titular indiscutible en primer orden de los derechos de indemnización en caso de siniestro. La cancelación del beneficiario preferente, sólo se podrá aceptar por la Compañía, mediante la solicitud expresa de éste. En este caso, el beneficiario preferente será específicamente, Banco Mercantil del Norte, S.A.
10. **Cónyuge:** Se considerará como cónyuge a la esposa o esposo, concubina o concubinario del Asegurado de conformidad con lo establecido en el Código Civil Federal.
11. **Crédito hipotecario:** Para los efectos del contrato de seguro, se refiere al préstamo para la compra de un bien inmueble, que el acreditado ha recibido del acreditante Banco Mercantil del Norte S. A. quien será el beneficiario preferente de este seguro, para el pago total del saldo insoluto adeudado incluyendo impuestos; en caso de la ocurrencia de algún siniestro, que afecte las coberturas descritas en la caratula de la póliza.
12. **Grupo asegurable:** Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.
13. **Grupo asegurado:** Son los integrantes del grupo asegurable que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que se establecen en la carátula de la póliza y que han dado su consentimiento expreso para ello.
14. **Condiciones especiales de la póliza:** Son aquellas que, además de las generales, agregan al contrato condiciones particulares o especiales y que se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
15. **Endoso:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
16. **Invalidez definitiva:** Existe Invalidez cuando el Asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida

durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales incluyendo las pérdidas orgánicas. Se considera que es definitiva la que corresponda al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente.

17. **Incapacidad total y permanente:** Se entenderá por incapacidad total y permanente la pérdida de facultades de una persona, que lo imposibiliten para desempeñar las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. También se considerará invalidez total y permanente:
 - La pérdida completa y definitiva de la función de la vista de ambos ojos.
 - La amputación o anquilosis total y permanente de ambas manos.
 - La amputación o anquilosis total y permanente de ambos pies.
 - La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y un pie.
 - La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y la vista de un ojo.
 - La amputación o anquilosis total y permanente de un pie y la vista de un ojo.
18. **Incapacidad parcial permanente del 50%:** Se entenderá por incapacidad parcial permanente, ya sea de carácter orgánico funcional o por pérdidas orgánicas, cuando ésta sea del 50% o más, y el dictamen correspondiente sea emitido por la Dirección Corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud (PEMEX), siempre y cuando el Asegurado no sea sujeto de una nueva relación de trabajo por un periodo mínimo de dos años.
19. **Pérdida orgánica:** Por pérdida de un pie o de una mano se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

Por pérdida de los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de al menos dos falanges completas o su pérdida total de funcionamiento.

Por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

20. **Accidente:** Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o su muerte, siempre que el fallecimiento o las lesiones ocurran dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.
21. **Enfermedad:** Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa
22. **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.
23. **Dictamen de invalidez definitiva o incapacidad parcial permanente del 50% o más:** Documento emitido por la Dirección Corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud (PEMEX) compuesto por los siguientes formatos: Dictamen Médico Pericial Por Riesgo No profesional, que declara la Invalidez Definitiva, Incapacidad Parcial Permanente del 50% o más e Incapacidad Total Permanente de las y los acreditados(as).

Dictamen de Invalidez Definitiva o Incapacidad Parcial Permanente del 50% o más, emitido por la Dirección Corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud (PEMEX).

24. **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.
25. **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.

26. **Practica ocasional:** Aquella que no es habitual, que se lleva a cabo de forma casual o esporádica.
27. **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.
28. **Costo de adquisición:** 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 (Muerte)

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía le pagará al beneficiario preferente el saldo insoluto del crédito a la fecha de reclamación del siniestro más otros accesorios como son el IVA y las mensualidades vencidas, sin exceder de la suma asegurada contratada.

Si la suma asegurada excede del importe pagado al beneficiario preferente, el remanente se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado distintos del beneficiario preferente o a su sucesión, según corresponda.

Si él sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se cancelará automáticamente, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. Al término del crédito.
3. Cuando se pague la cobertura de Incapacidad (PAI)

INCAPACIDAD (PAI)

Si durante la vigencia de esta cobertura y antes del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla 71 años, éste sufriera un estado de incapacidad a causa de un accidente o una enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado, la Compañía le pagará al beneficiario preferente el saldo insoluto de la deuda a la fecha de reclamación del

siniestro más otros accesorios como son el IVA y las mensualidades vencidas, sin exceder de la Suma Asegurada contratada.

El Asegurado para demostrar que sufre un estado de incapacidad deberá presentar el Dictamen que compruebe su estado de Invalidez Definitiva o Incapacidad Total y Permanente o, el dictamen que compruebe su estado de Incapacidad Parcial Permanente del 50% o más.

Si la suma asegurada excede del importe pagado al beneficiario preferente, el remanente se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado distintos del beneficiario preferente o a su sucesión, según corresponda.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

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 71 años.

Las bases que la Compañía empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de incapacidad son las siguientes:

Se deberá presentar el dictamen de Incapacidad Total Permanente, invalidez definitiva o incapacidad parcial permanente del 50% o más, emitido por la Dirección Corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud (PEMEX). El dictamen deberá señalar de forma clara si se trata de una invalidez definitiva, así como si se trata de incapacidad total permanente, o parcial permanente y en qué porcentaje.

Se considerará procedente el siniestro, siempre y cuando el Asegurado no sea sujeto(a) a una nueva relación de trabajo por un periodo mínimo de dos años, posteriores a la fecha que se reconoce en el dictamen o resolución del inicio de la incapacidad parcial permanente del 50% o más o invalidez, emitido por la Dirección Corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud (PEMEX).

No se considerará dentro del periodo de dos años en los cuales el Asegurado deberá carecer de relación laboral, el correspondiente al periodo de tiempo durante el cual el Asegurado estuviera tramitando ante las autoridades legales correspondientes las acciones tendientes a recabar

los documentos necesarios para presentar su reclamación de siniestro; por lo que una vez que recaiga resolución definitiva sobre tal controversia y que ésta sea incontrovertible reconociendo la Invalidez Definitiva o Incapacidad Parcial Permanente del 50% o más ó Incapacidad Total Permanente de éste, se deberá iniciar prorroga a partir de la resolución de prestaciones económicas emitida por la Dirección Corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud (PEMEX).

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.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

Documentos que deberá presentar el Asegurado en caso de siniestro.

- Copia simple de identificación oficial del Asegurado (IFE, pasaporte)
- Original de la solicitud de reclamación del seguro (Formato proporcionado por la compañía)
- Copia simple de identificación oficial del Reclamante (IFE, pasaporte)
- Original o copia certificada del acta de defunción
- Copia legible del certificado de defunción.
- Si el siniestro ocurre en el primer año de vigencia presentar copia legible del comprobante de domicilio del reclamante que no exceda de más de tres meses de antigüedad (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial)

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD (PAI)

Documentos que deberá presentar el Asegurado en caso de siniestro.

- Copia simple de identificación oficial del asegurado (IFE, pasaporte)
- Original o copia certificada del dictamen de invalidez total y permanente expedido por la Dirección Corporativa de Administración, Subdirección de Servicios de Salud PEMEX

- Original de la Carta Notificación PEMEX, acreditando el SIFIVI la invalidez con los datos personales del asegurado
- Comprobante de Domicilio que no exceda de más de tres meses de antigüedad
- Si el siniestro ocurre en el primer año de vigencia presentar originales de las declaraciones A y B (Formatos proporcionados por la Compañía)
- Si el siniestro ocurre después del primer año de vigencia: Informe del Asegurado por Invalidez Total y Permanente (Formato proporcionado por la compañía)
- Con base en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

EXCLUSIONES GENERALES

Riesgos NO CUBIERTOS por la cobertura de Incapacidad

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe 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. Tampoco se cubrirá 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.**
2. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
3. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritos por un médico.**
4. **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, por actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
5. **Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**

6. **Lesiones autoinfringidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
7. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.**
8. **Inhalación de gas de cualquier tipo, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
9. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente.**
12. **La Incapacidad resultante de padecimientos o enfermedades Preexistentes.**

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.

CLAUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

Son objeto de este contrato la cobertura básica de fallecimiento y las coberturas adicionales enunciadas en la carátula de la póliza y en cada uno de los certificados individuales.

CONTRATO

La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante, cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes del Grupo Asegurado contra riesgos propios de la operación de vida.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá, firmará y enviará al Contratante, certificados individuales por cada uno de los Asegurados, para que le sean entregados a los mismos. Cada certificado contendrá, cuando menos, los siguientes datos:

- a. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía;
- b. Firma del funcionario autorizado de la Compañía;
- c. Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d. Nombre del Contratante;
- e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f. Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g. Suma asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura;
- h. Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i. Transcripción íntegra del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la Compañía.

La suma asegurada máxima que la Compañía cubrirá para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza.

MODIFICACIONES

Este Contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes Contratantes, haciéndose constar mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales siguientes 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). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará el registro de Asegurados, mismo que deberá contener: nombre, edad, sexo, suma asegurada, número de certificado, fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro y coberturas amparadas. Si el Contratante lo solicita la Compañía entregará copia del registro de Asegurados.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía, para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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.

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.

DISPUTABILIDAD

El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurable, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la reserva matemática respecto del miembro del Grupo Asegurado, al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto de seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía.

Una vez transcurrido el periodo de un año de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, o de su última rehabilitación, la Compañía pagará la suma asegurada contratada aun cuando el fallecimiento se presente por suicidio del Asegurado.

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 cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- 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.”

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia del Contrato:

a. Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, fecha de alta del Asegurado, designación de los Beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable, y firma del Asegurado.

Si el Contratante no informara oportunamente, en el plazo y términos establecidos en el párrafo anterior, de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, éstos se considerarán como no asegurados. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación expresa por parte de la Compañía.

b. Comunicar a la Compañía de manera inmediata las separaciones definitivas del Grupo Asegurado.

c. Dar aviso a la Compañía dentro del término de 15 días naturales, 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. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

- d. Enviar a la Compañía los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

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

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del seguro.

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.

EDAD

Las edades declaradas por los miembros del Grupo Asegurado deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o

certificado respectivo o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas relativas a la edad cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente.

EDAD FUERA DE LÍMITE

En caso de que la edad real de un Asegurado se encuentre fuera del límite establecido por la Compañía, en la fecha de su ingreso al Grupo, será rescindido el seguro correspondiente a dicho Asegurado, debiendo la Compañía devolverle la reserva matemática correspondiente. El mismo tratamiento se aplicará aún cuando haya ocurrido un siniestro, en este caso la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad.

Las edades de aceptación son las siguientes

Cobertura	Edad Mínima de Contratación	Edad Máxima de Contratación	Cancelación Automática
Muerte	18	75	Sin límite
PAI	18	70	71

La cobertura será cancelada, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad estipulada como de cancelación automática.

REHABILITACIÓN

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

- No hayan transcurrido más de treinta días naturales desde la fecha en que cesaron los efectos de la póliza.
- Se cumpla con la cláusula de Grupo Asegurable.
- El Contratante solicite por escrito la rehabilitación.
- Se presente carta de no siniestralidad.
- Una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo, el Contratante se obliga a pagar las primas vencidas en una sola exhibición.

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada.

BENEFICIARIOS

Cualquier miembro del Grupo puede cambiar el Beneficiario o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Compañía.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Compañía y al beneficiario irrevocable.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En este caso, el importe del seguro para el Contratante, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones 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.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran 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.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovarla bajo las mismas condiciones estipuladas, siempre que el Contratante cubra, dentro de los treinta días de espera, el monto total de la prima, y que el Grupo se encuentre integrado por 5 individuos cuando menos.

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

PRUEBAS

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

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

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura fallecimiento en los seguros de vida y de dos años en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados 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 y 84 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la unidad especializada de la empresa.

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.

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará 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.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

Cuando la designación de beneficiario sea a favor del acreditante, a éste le corresponde el pago de la suma asegurada hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

Si la suma asegurada excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios.

La Compañía se compromete a notificar al Asegurado, a sus Beneficiarios y/o causahabientes, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que esté en posibilidades de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto. El Asegurado o sus beneficiarios y/o causahabientes deben de informar su domicilio la Compañía para que llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

VIGENCIA

La vigencia de este Contrato de Seguro comienza a las 12:00 horas de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza hasta las 12:00 horas de la fecha de vencimiento, también indicado en la carátula. Así mismo se establece que para cada uno de los Asegurados, el inicio de vigencia de aseguramiento será el estipulado en el Certificado que emita la Compañía para cada uno de éstos y concluirá en la fecha establecida en el mismo documento.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Este Contrato de Seguro no tiene derecho a participación de utilidades.

AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo por caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse a su domicilio social señalado en la Carátula de la póliza. Así mismo, los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o a los Beneficiarios y/o causahabientes, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de éstos.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

Durante la vigencia del Contrato de Seguro, 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

PRIMAS

La prima total del seguro será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y sumas aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro. La prima básica será anual.

Los ajustes que sean necesarios efectuar a la prima con motivo de altas y bajas que ocurran durante la vigencia del seguro, se harán de la siguiente manera:

- a. En los casos de baja, se procederá de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Baja de Asegurados.
- b. En los casos de nuevos seguros que se contraten posteriormente a la fecha de inicio de esta póliza, o de cualquier aumento en los seguros ya en vigor, se cobrará al Contratante una prima adicional.

PAGO

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima.

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 90 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima total de miembros de la colectividad correspondiente a los noventa días de espera.

PAGO DE DIVIDENDOS

La Institución de Seguros no realizará pagos por dividendos que deriven de una experiencia favorable en siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al asegurado, beneficiario o contratante de la póliza, según se convenga en este contrato.

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL*

La Compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de la contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

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

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

En todos los casos, la **Compañía** dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados así como de los medios utilizados para tal efecto. La entrega del condicionado general que integra el seguro que nos ocupa será entregada en primera instancia por escrito a los solicitantes, contratantes o asegurado previo consentimiento expreso elija por así convenir a sus intereses que le sea entregada la documentación contractual en formato PDF, o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea, sin que ello obste que de forma adicional a lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx; o en www.banorte.com; o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

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 o Colectividad 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 de Grupo 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 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 **23 de septiembre de 2016**, con el número **CNSF-S0001-0646-2016/ CONDUSEF-000642-02**.

*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-S0001-0132-2016** y a partir del día **15 de enero de 2019**, con el número **CGEN-S0001-0115-2018**.

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

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