

Vida Seguro de Vida Grupo Hipotecario GFN 2025

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
sábado de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
o consulta **banorte.com**



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	11
COBERTURA ADICIONAL	13
CLÁUSULAS GENERALES	18
ANEXO DE LEGISLACIÓN	41

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO HIPOTECARIO GFN 2025

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

ACREDITADO:

Es la persona que tiene derecho a disponer de la suma de dinero que el Acreditante puso a su disposición con motivo del Crédito Hipotecario, o a contraer por cuenta de éste una obligación, o por cuenta de quién el Acreditante contrajo una obligación; y que se encuentra obligado a restituir a éste las sumas de que disponga, a, o a cubrirlo oportunamente por el importe de la obligación que contrajo, y en todo caso a pagarle los impuestos, intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipulen en dicho contrato.

ACREDITANTE

Significa Banco Mercantil del Norte, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte, quien ha puesto a disposición del Acreditado la suma de dinero convenida en el Crédito Hipotecario, para que la use en la forma y términos que en dicho contrato se estipulan; o, en su caso, quien se ha obligado a contraer por cuenta del Acreditado una obligación, conforme al Crédito Hipotecario.

ASEGURADO

Es(son) la(s) persona(s) física(s) amparada(s) bajo este contrato por las coberturas que se indican en el certificado individual, 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, para efectos del presente contrato de seguro se entenderá por Asegurado:

1. El Acreditado de forma individual o
2. El Acreditado y el Coacreditado, conjuntamente.

BENEFICIARIO

Significa la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado como titular(es), en **segundo orden y grado de prelación** después del Beneficiario Preferente, del derecho a cobrar el remanente que, en su caso hubiere, de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica contratada en el presente contrato de seguro, para el caso de muerte del Asegurado.

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 solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

BENEFICIARIO PREFERENTE

Es el Acreditante, como persona designada irrevocablemente por el Asegurado como titular, en **primer orden y grado de prelación**, del derecho a cobrar: (i) la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica contratada en esta póliza de seguro; o (ii) los derechos

de indemnización derivados del resto de las coberturas del presente contrato; según corresponda, en caso de siniestro.

Por lo anterior, **el Beneficiario Preferente será específicamente, Banco Mercantil del Norte, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte.**

COACREDITADO:

Es la persona que, conjuntamente con el Acreditado, tiene derecho a disponer de la suma de dinero que el Acreditante puso a su disposición con motivo del Crédito Hipotecario, y que se encuentra obligado, junto con el Acreditado, a restituir al Acreditante las sumas de que dispongan, y en todo caso a pagarle los impuestos, intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipulen en dicho contrato.

COMPAÑÍA

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

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA

Son aquéllas que, además de las generales, agregan a este contrato de seguro condiciones particulares o especiales y que se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CONTRATANTE

Es Banco Mercantil del Norte, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte, quien, conforme a lo convenido en el Crédito Hipotecario, ha solicitado la celebración de este contrato de seguro.

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.

CRÉDITO HIPOTECARIO

Significa el contrato celebrado entre el Acreditante y el Acreditado por

virtud del cual, el Acreditante se obligó a poner una suma de dinero a disposición del Acreditado, o a contraer por cuenta de éste una obligación, para que el mismo haga uso del crédito concedido en la forma y en los términos y condiciones convenidos, quedando obligado el Acreditado a restituir al Acreditante las sumas de que disponga, o a cubrirlo oportunamente por el importe de la obligación que contrajo, y en todo caso a pagarle los impuestos, intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipularon; con garantía sobre un bien inmueble propiedad del Acreditado o de un tercero.

En todo caso, este concepto, para efectos del presente contrato, abarcará los convenios modificatorios que las partes realicen al Crédito Hipotecario, así como sus reestructuras.

DEPORTISTA AMATEUR

Persona que realiza una actividad física, ejercida como juego o competencia, cuya práctica supone el entrenamiento y sujeción a normas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie, ni ambas.

Esta actividad incluye, enunciativa pero no limitativamente, pruebas de velocidad o resistencia de cualquier vehículo motorizado en una pista o en la vía pública.

DEPORTISTA PROFESIONAL

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

ENDOSO

Documento emitido por la Compañía, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del presente contrato y, que, por esta sola referencia, forma parte del mismo.

GRUPO ASEGURABLE

Significa el conjunto de personas a quienes se les ofertó el presente seguro.

GRUPO ASEGURADO

Son los integrantes del Grupo Asegurable que cumplieron con los requisitos de elegibilidad que se establecen en la carátula de la póliza y que dieron su consentimiento expreso para ello.

IMSS

Significa el Instituto Mexicano del Seguro Social.

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.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá cualquier lesión corporal a causa de accidente o enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y, que por un periodo de seis meses continuos, le genere una incapacidad total y permanente al Asegurado, de tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% con respecto al de su trabajo habitual.

Además, se considerarán como 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.

En estos casos no se tomará en consideración el periodo de espera de seis meses. En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si ésta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

ISSSTE

Significa el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

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

PRIMA NETA

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

SALDO INSOLUTO

Para efectos de este contrato de seguro, se considerará como Saldo Insoluto a la deuda que el Asegurado tenga con el Acreditante con motivo del Crédito Hipotecario al momento de la fecha de ocurrencia del siniestro y que comprende su capital, más sus accesorios pendientes de pago; es decir, enunciativa, pero no limitativamente: impuestos, gastos, comisiones, intereses moratorios, intereses ordinarios vencidos, capital vencido, intereses ordinarios vigentes y capital vigente.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada será la establecida en el certificado individual del Asegurado que se expida con motivo del presente contrato. Si la Suma

Asegurada convenida excede el importe del Saldo Insoluto al reclamar por el siniestro, la Compañía pagará el remanente al Asegurado, a sus Beneficiarios o a su sucesión, según corresponda.

COBERTURA BÁSICA**RIESGO CUBIERTO****FALLECIMIENTO (Muerte)**

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará al Beneficiario Preferente el Saldo Insoluto del Crédito Hipotecario a la fecha de ocurrencia del siniestro.

El importe del pago que realice la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado, en ningún caso podrá exceder el monto inicial del Crédito Hipotecario otorgado.

Si la Suma Asegurada excede del importe pagado al Beneficiario Preferente, el remanente se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, distintos del Acreditante, o a su sucesión, a falta de éstos.

Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia de esta póliza de seguro, la cobertura concluirá sin obligación de pago alguna para la Compañía.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua del presente 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 pagará al Beneficiario Preferente y, en su caso, a los Beneficiarios, la reserva matemática respecto del miembro del Grupo Asegurado, al cual corresponda el certificado individual. Éste 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 2 (dos) años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía.

Una vez transcurrido el periodo de 2 (dos) años de vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, o de su última rehabilitación, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, aún cuando el fallecimiento se presente por suicidio del Asegurado.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término de la vigencia estipulada en el certificado individual respectivo.
2. Al término del Crédito Hipotecario.
3. Por pago de cualquiera de las coberturas básica o de Invalidez Total y Permanente

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el Asegurado, el Beneficiario Preferente o los Beneficiarios en caso de siniestro, según corresponda:

- Solicitud de reclamación proporcionada por la Compañía.
- Identificación oficial vigente legible del reclamante.
- Identificación oficial vigente legible del Asegurado, en caso de que la tuviese.
- Acta de defunción legible.

DOCUMENTOS Y/O REQUISITOS ADICIONALES QUE DEBERÁ PRESENTAR EL ASEGURADO, CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO DERIVADO DE UN SINIESTRO.

Adicionalmente si el fallecimiento ocurre dentro del primer y segundo años:

- Formatos de declaración 1 y 2 legibles proporcionados por la Compañía.

- Comprobante de domicilio legible del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial).
- Certificado de defunción legible.

Con base en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado, de su sucesión, del Beneficiario Preferente y de los Beneficiarios 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.

COBERTURA ADICIONAL

PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAI)

Si durante la vigencia de esta cobertura y antes del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla la edad de 71 años, éste sufra un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía le pagará al beneficiario preferente el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro más otros accesorios como son el IVA y las mensualidades vencidas, sin exceder el monto inicial del crédito otorgado, después de transcurrido un periodo de espera de 6 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Si la suma asegurada excede del importe pagado al acreditante, el remanente se pagará al Asegurado.

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.

En estos casos no aplicará el período de espera de 6 (seis) meses.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

1. Al término de la vigencia estipulada en el certificado individual expedido.
2. En el aniversario del certificado inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
3. Al término del Crédito Hipotecario.

Riesgos NO CUBIERTOS por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

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 autoinfligidas o voluntarias, sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del Asegurado.**
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. **Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un Accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.**

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

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

Documentos que comprueben el estado de Invalidez Total y Permanente, expedidos por el IMSS, el ISSSTE, el sector salud o los institutos médicos gubernamentales de los que el Asegurado sea titular o derechohabiente.

En caso de que el Asegurado no sea titular o derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico especialista certificado y/o acreditado en la materia, acorde al órgano y/o sistema afectado que lo dictaminó; y, anexe los documentos probatorios del estado de Invalidez

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado se encuentre activo al momento de sufrir el estado de Invalidez.

Si el documento que comprueba el estado de Invalidez Total y Permanente es expedido por el IMSS, el ISSSTE el Sector Salud o los institutos médicos gubernamentales y el Asegurado es el titular Asegurado de dichos Institutos, para el pago de la indemnización no se requerirá que la imposibilidad física o mental del Asegurado tenga una duración de 6 (seis) meses continuos.

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.

Asimismo, si la enfermedad o Accidente que provoquen el estado de Invalidez Total y Permanente es 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

Documentos que deberá presentar el Asegurado en caso de siniestro:

- Solicitud de reclamación proporcionada por la Compañía.
- Identificación oficial vigente legible del reclamante.
- Identificación oficial vigente legible del Asegurado, en caso de que la tuviere.
- Formato de incapacidad permanente total, incapacidad total, de invalidez o cualquier otro que acredite el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, legible y que sea expedido por el IMSS, por el ISSSTE o por la institución a la cual se encuentre afiliado el Asegurado (PEMEX).
- En caso de que el asegurado **NO** sea titular o derechohabiente de ninguna Institución del sector salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Médico Gubernamental, etc.), deberá presentar el formato “Declaración B Informe Médico” proporcionado por la Compañía, anexando los documentos (resultados de laboratorio, gabinete, etc.) probatorios del estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico del mismo especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual.

DOCUMENTOS Y/O REQUISITOS ADICIONALES QUE DEBERÁ PRESENTAR EL ASEGURADO, CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO PREFERENTE, DERIVADO DE UN SINIESTRO.

Adicionalmente, si la Invalidez Total y Permanente ocurre dentro del primer año, el Asegurado y/o el Beneficiario Preferente deberán presentar:

- Formatos de declaración A y B legibles, proporcionados por la Compañía.
- Comprobante de domicilio legible del reclamante (recibo de luz, agua, teléfono o pago del impuesto predial).

Con base en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o del Beneficiario Preferente 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.

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

Son objeto de este contrato la cobertura básica de fallecimiento, la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente y las demás enunciadas en la carátula de la póliza, así como en cada uno de los endosos y 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 las operaciones de vida y sus beneficios adicionales.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá, firmará y enviará al Contratante certificados individuales por cada uno de los Asegurados. 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 30 (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 un 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.

CLÁUSULA VERDE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Asegurado un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro, en un plazo de 30 (treinta) 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) Remitiéndolos al correo electrónico del Asegurado, previamente proporcionado por él, para el envío de las condiciones generales, en formato PDF, y avisos del producto, excluyendo publicidad.
- b) Poniéndolos a disposición del Asegurado en la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía, o
- c) Enviándolos físicamente al domicilio indicado por el Asegurado, 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 solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 25 00.

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 este 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 los artículos 50 Bis, 59 Bis 1 y los correspondientes al Título 5, Capítulo I, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como por el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones que se presenten ante la Unidad Especializada de la Compañía o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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 el Contratante podrán dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de la Compañía;
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros; o

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

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

La Compañía consignará, ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

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.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en caso de que proceda, dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, al Beneficiario Preferente o al Beneficiario, según corresponda, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en donde se estable lo siguiente:

“Si una Institución de Seguros 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:

- 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 (treinta) 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 (quince) 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 y 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
PROCEDIMIENTO**

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 30 (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.

En este supuesto, la vigencia de la póliza será la originalmente pactada y la Compañía no cubrirá los siniestros ocurridos entre la fecha en que cesaron los efectos de la póliza por falta de pago de primas y la fecha de su rehabilitación.

RENOVACIÓN

Al finalizar cada periodo de vigencia de esta póliza, la Compañía se obliga a renovarla bajo las mismas

condiciones en que fue contratada, 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.

PRUEBAS

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa 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 Pesos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos, 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 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura fallecimiento, y de 2 (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 los artículos 82 y 84 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, y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía.

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.

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. Asimismo, 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 seguro no otorga participación de utilidades.

AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado, el Beneficiario Preferente 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 (cinco) 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 causa de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la póliza. Asimismo, 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.

Los agentes de la Compañía no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de ésta.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (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 180 (ciento ochenta) días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 (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.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

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

Derechos

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

Obligaciones

- 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, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

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

Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en 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 de los artículos 17 a 21.

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”.

CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

A) MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

B) CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

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

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

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

El Contratante y el Asegurado aceptan, de manera expresa e irrevocable, ser los únicos responsables por el uso que se le dé a los Dispositivos de Seguridad, liberando a la Compañía de cualquier responsabilidad al respecto.

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

C) FORMALIZACIÓN DEL SEGURO

El Contratante manifiesta que puede proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del uso de los distintos medios electrónicos, entre ellos a través del cajero electrónico, con cargo de la prima a la tarjeta bancaria usada en el cajero automático.

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

El seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en las condiciones generales y especificadas en el certificado.

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

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

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

Para todos los efectos legales, estos comprobantes tienen el valor probatorio que otorga la ley a este tipo de operaciones.

Además, la Compañía hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado

al momento de la contratación, lo estipulado en esta cláusula.

D) NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO

La Compañía le hará llegar al Asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la confirmación de las operaciones electrónicas realizadas, entre las que destacan la siguiente información:

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

El Contratante y el Asegurado aceptan que todos los avisos, notificaciones y comunicaciones que les sean enviados por la compañía por el uso de medios electrónicos implica la aceptación total de dichos

instrumentos y satisfacen cualquier requisito de forma escrita. El uso de medios de identificación establecidos en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

E) CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

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

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

A) MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

El uso de los medios de aceptación e identificación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás relativos y aplicables del Código Civil Federal.

B) DOCUMENTACIÓN NECESARIA QUE DEBERÁ PRESENTAR EL RECLAMANTE EN CASO DE SINIESTRO

En el caso que las condiciones generales especifiquen original o copia certificada de algún documento, si la reclamación se realiza a través

de algún medio electrónico que para este efecto tenga la Compañía de Seguros, no será necesario que el reclamante presente el original ni la copia certificada, bastará con la presentación del documento legible por el medio electrónico a través del que se esté presentando la reclamación.

En caso de reclamación por siniestro, el Asegurado, Beneficiario Preferente o Beneficiarios deberán presentar ante la Compañía de Seguros los formatos de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen por parte de la Compañía, en las que deberán consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirán con su firma electrónica o digital bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación se exhibirán las pruebas que obren en su poder y/o las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener.

La Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado, Beneficiario Preferente o Beneficiarios las pruebas e informes que considere necesarias relacionadas con el siniestro, ya sea por prevención de lavado de dinero o de cumplimiento interno de la Compañía, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Compañía practique, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas del presente contrato, sea el Contratante, Asegurado, Beneficiario Preferente o Beneficiarios, o los representantes legales de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La Compañía, con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

El uso de Internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas

con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de la claves y contraseñas asignadas al Contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio.

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 **18 de diciembre de 2024**, con el número **CNSF-S0001-0447-2024/CONDUSEF 006668-01**.

ANEXO DE LEGISLACIÓN

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

- **Ley Sobre el Contrato del Seguro.**

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

- **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.**

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

- **Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.**

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

- **Ley Federal del Trabajo**

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

Adicionalmente, 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.mx

CONDICIONES GENERALES

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada 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 53400999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.