

Vida Mensajes de Vida

Para reporte de siniestro llama al

01 800 837 1133

en donde recibirás atención rápida y personalizada
de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx



CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES	5
DEFINICIONES	5
COBERTURA BÁSICA	6
COBERTURAS ADICIONALES	7
CLÁUSULAS GENERALES	20
SERVICIOS DE ASISTENCIA	36

CONDICIONES GENERALES MENSAJES DE VIDA

DEFINICIONES

1. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte
2. **Contratante:** Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para si y/o terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
3. **Accidente:** Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o su muerte, siempre que el fallecimiento o las lesiones ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.
4. **Asegurado:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y en su caso en los endosos correspondientes, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía.
5. **Beneficiario:** Es la persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.
6. **Condiciones Especiales de La Póliza:** Son aquellas que, además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares o especiales, y se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
7. **Endoso:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que previo acuerdo entre las partes, adiciona beneficios para el Asegurado o modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
8. **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.

COBERTURA BÁSICA

RIESGOS CUBIERTOS

El Contratante y/o Asegurado elegirá, en la solicitud de aseguramiento, una de las coberturas básicas que a continuación se definen:

I. FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza a los Beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causas establecidas en este contrato, esta cobertura termina, sin responsabilidad para la Compañía:

- a. Cuando a petición del Contratante y/o Asegurado, la Póliza no sea renovada.
- b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 71 años.

II. COBERTURA CONYUGAL

El Asegurado y su Cónyuge están amparados bajo esta Cobertura y a la vez son beneficiarios recíprocos, así cuando el fallecimiento de cualquiera de ellos se produzca durante la vigencia de la póliza, la Compañía pagará la suma asegurada contratada al sobreviviente, según sea el caso.

Si durante la vigencia de la póliza ocurre la muerte del Cónyuge simultáneamente a la del Asegurado, se considerará que el Cónyuge falleció primero, por ende, la suma asegurada contratada será pagada a los beneficiarios designados por el Asegurado.

Si el Asegurado y el Cónyuge sobreviven al término de la vigencia, la protección terminará sin responsabilidad alguna para la Compañía.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causas establecidas en este contrato, esta cobertura

termina, sin responsabilidad para la Compañía:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.
2. Cuando a petición del Contratante y/o Asegurado, la Póliza no sea renovada.
3. Al fallecimiento ya sea del Asegurado o del Cónyuge, lo que ocurra primero.
4. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado o el Cónyuge cumplan la edad de 71 años.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- **Esta cobertura conyugal no otorga descuentos en edad.**

COBERTURAS ADICIONALES

ANTICIPO POR GASTOS DE SEPELIO CONDICIONES PARTICULARES

Endoso que se anexa y forma parte de las Condiciones Generales.

Mediante este endoso se hace constar que se otorga a esta póliza el beneficio denominado Anticipo de Gastos de Sepelio, este beneficio consiste en lo siguiente:

La Compañía indemnizará al beneficiario designado o en caso de que hubiera varios beneficiarios el pago se hará a aquel que lo solicite, siempre que la suma asegurada a que tenga derecho en la cobertura básica sea mayor o igual al importe del anticipo.

El anticipo será equivalente a la suma asegurada contratada estipulado en la caratula de la póliza y éste se pagará, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable.
- Y que el beneficiario presente el certificado de defunción del Asegurado.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura básica la Compañía

haya pagado el beneficio de Anticipo por gastos de sepelio, procederá a descontar de la suma asegurada de la cobertura básica la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

La Suma Asegurada para esta cobertura en ningún caso será superior a 3 veces el salario Mínimo General Anual del Ciudad de México.

ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES CONDICIONES PARTICULARES

Endoso que se anexa y forma parte de las Condiciones Generales.

Mediante este endoso se hace constar que se otorga a esta póliza el beneficio denominado Anticipo por Enfermedad Grave, este beneficio consiste en lo siguiente:

La **Compañía** indemnizará al Asegurado el 30% de la suma asegurada contratada estipulado en la carátula de la póliza en la cobertura básica por concepto de anticipo por enfermedad grave, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Hayan transcurrido tres meses de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
2. Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable. En caso de que el Asegurado hubiera designado beneficiarios irrevocables, éstos deberán notificar por escrito a la Compañía que están de acuerdo en que ésta indemnice al Asegurado de acuerdo a este beneficio;
3. En caso de que el asegurado requiera un proceso terapéutico de Revascularización coronaria (By-Pass) por cirugía, o se le diagnostique alguna de las siguientes enfermedades terminales:
 - a. Infarto al Miocardio
 - b. Accidente vascular cerebral;
 - c. Cáncer;
 - d. Insuficiencia renal;
 - e. Insuficiencia Cardíaca;
 - f. Insuficiencia Hepática Crónica;
 - g. Insuficiencia Respiratoria Crónica.
4. Que le sea diagnosticado al Asegurado un estado de enfermedad

terminal. Es decir, que al diagnosticarse cualquiera de los padecimientos indicados en el punto anterior, quede asentado por un médico especialista, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el Consejo Mexicano de la especialidad, que las condiciones de salud del Asegurado pronostican su muerte dentro de un lapso no mayor a doce meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente. La Compañía podrá evaluar dicho diagnóstico en caso de que lo considere necesario.

Al momento de pagar el porcentaje pactado a causa de alguna de las enfermedades aquí mencionadas, no se indemnizará nuevamente por ninguna de las enfermedades restantes.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de **Anticipo por enfermedad grave**, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

Para efectos de este contrato, se entiende por:

a. Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (Miocardio), provocada por la reducción de la luz de alguna arteria, y que conlleva a una irrigación inadecuada de la parte afectada.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

- Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
- Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
- Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago de este beneficio cuando:

- El infarto del miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos tres primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología.
- El infarto del miocardio determine incapacidad médica permanente, para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

b. Revascularización coronaria (By-Pass) por cirugía

Operación quirúrgica con tórax abierto que se utiliza para la corrección

del estrechamiento o el bloqueo de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (By-Pass); ya sean venas o arterias para la revascularización del miocardio.

La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.

Quedan específicamente excluidos cualquier otro tipo de tratamiento o intervención (por ejemplo la angioplastia, la trombólisis, los stents, etc.)

c. Accidente vascular cerebral

Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas neurológicas, que duren más de 24 horas y ocasionen como consecuencia una invalidez permanente; se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales y embolia de una fuente extracraneal.

La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo certificado por el Consejo Mexicano de Neurología, mínimo seis semanas después del suceso.

d. Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales.

Adicionalmente sólo se incluyen leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de cáncer de piel, (excepto los melanomas malignos), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo e In Situ; así como el sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

e. Insuficiencia renal

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

f. Insuficiencia Cardíaca

La incapacidad del corazón para funcionar normalmente, es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardíaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización o, sólo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% (veinticinco por ciento) o menos del ventrículo izquierdo.

g. Insuficiencia Hepática Crónica

La incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, en que las formas graves y la alteración de la función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el estado de coma.

Se considera terminal cuando se llega a la clase funcional Child C.

h. Insuficiencia Respiratoria Crónica

A la pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedito del pulmón, independientemente de la causa.

Exclusiones del beneficio de Anticipo por enfermedad grave.

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- a. Intento de suicidio o lesión con intención;**
- b. Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y**

- psicotrópicos;**
- c. **Enfermedades acompañadas por una infección por VIH (SIDA y cualquiera de los padecimientos derivados con esta enfermedad) durante el primer año de acuerdo con la cláusula de período de Indisputabilidad.**

**MUERTE ACCIDENTAL (MA)
CONDICIONES PARTICULARES**

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

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

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación (años)
18	70	71

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 71 años.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias, exhibiciones, o**

- en la práctica ocasional de: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
 3. **Accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador**
 4. **Muerte o lesiones ocurridos por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
 5. **Accidente sufrido por el Asegurado en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
 6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
 7. **Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
 8. **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 o sujeta a itinerarios regulares.**
 9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
 11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
 12. **La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

DEFINICIONES

1. **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 de esta cobertura y, que por un periodo de seis meses continuos, le impida al Asegurado el desempeño de todas las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social y siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% 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, así como invalidez total y permanente a consecuencia de un accidente, no se tomará en consideración el periodo de espera de seis meses. En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

RIESGO CUBIERTO

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

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa

de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, después de transcurrido un período de espera de 6 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

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

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación (años)
18	60	61

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

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 cumple la edad de 61 años.

RIESGOS NO CUBIERTOS

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones, o en la práctica ocasional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
2. **Accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
3. **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador**
4. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas,**

- algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.
5. Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.
 6. Lesiones sufridas por el Asegurado en actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.
 7. Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 8. 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 o sujeta a itinerarios regulares.
 9. Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 10. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de presión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.
 11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
 12. Cuando el estado de invalidez total y permanente se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

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: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó y anexe los documentos probatorios del

estado de invalidez total y permanente.

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. *

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DI) CONDICIONES PARTICULARES

EMPRESA

Persona moral con la cual el Asegurado tenga celebrado un contrato de trabajo por tiempo indeterminado y en el cual se establezca una jornada de tiempo completo. Se entiende que una relación laboral es de tiempo completo cuando demanda al empleado trabajar cuando menos 40 horas semanales para la Empresa.

LIMITES DE EDAD

Las edades de aceptación, se presentan en la siguiente tabla:

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación (años)
18	60	61

La edad real del Asegurado es la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro.

ELEGIBILIDAD

En esta cobertura se entenderá por Asegurado: A la persona que tenga contratada la cobertura, que cumple con todos y cada uno de los siguientes

requisitos, además de haber sido aceptado por la Compañía:

En la fecha del inicio de vigencia de la póliza:

- a. Sea empleado activo de alguna Empresa, a través de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo, además que dicho contrato no tenga pactado un periodo de prueba ni de capacitación inicial y de haberse pactado, se hayan concluido dichos periodos.
- b. Que su edad al inicio de vigencia de la cobertura no sea inferior a 18 años, ni mayor a 60 años y en caso de renovación, su edad no sea mayor de 61 años.
- c. Trabajar en una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyente, esto No aplica para trabajadores al servicio del Estado.

RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DI)

Si el Asegurado sufre un estado de Desempleo Involuntario, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza.

Se entenderá por Desempleo Involuntario: El Desempleo del Asegurado originado por el despido por causas distintas a las previstas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 61 años.

RIESGOS NO CUBIERTOS

Riesgos No cubiertos por la cobertura de Desempleo Involuntario

1. Pérdida del empleo por guerra declarada o no

declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución o motín.

2. **Desempleo involuntario que ocurra en el periodo de carencia que se estipula en este documento.**
3. **Incidente nuclear.**
4. **Pérdida del empleo del Asegurado notificada por la Empresa previo a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.**
5. **Programas anunciados por la Empresa en donde labora el Asegurado dentro del periodo de 12 meses previos a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.**
6. **Terminación de un contrato de tiempo determinado o un nombramiento por tiempo determinado.**
7. **Suspensión de los efectos de la relación de trabajo de acuerdo al artículo 42 y sus fracciones y demás relativos de la Ley del Trabajo.**

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

Documentos que deberá presentar el Asegurado junto a su escrito de reclamación, en caso de siniestro.

- Copia simple de Identificación Oficial de Asegurado.
- Carta reclamación dirigida a Seguros Banorte que contenga los siguientes datos: Empresa donde laboró, último puesto, fecha de ingreso y fecha de separación, último sueldo y motivo de separación.
- Copia simple de Liquidación firmado por el Asegurado, con sello y firma en original del área de Recursos Humanos de la Empresa, sólo si existieran o si los tuviera.
- Copia simple de baja del IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, o Institución de Salud a la cual se encuentre afiliado el Asegurado.
- Copia simple de Último recibo de nómina. Para empleados gubernamentales presentar además copia del contrato indeterminado o ultimo nombramiento que se obtuvo laboralmente

CLÁUSULAS GENERALES**PROTECCIÓN**

Es objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza, y en su caso las coberturas que se agreguen como endosos al contrato.

CONTRATO

La póliza, la solicitud de seguro, las condiciones generales, las condiciones especiales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas y forman parte del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía, el Contratante y/o Asegurado.

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. Así mismo 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.

INDISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido un año continuo a partir de la fecha de su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el Contratante y/o Asegurado al formular la solicitud del seguro o de su última rehabilitación.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años del seguro, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido su estado mental o físico, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este contrato no está sujeto a restricciones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

OMISIÓN 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 conozca o deba 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).

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 los términos del artículo 71 de la Ley

Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de acuerdo a lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola

exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a. Los intereses moratorios;
- b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c. La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago.

INMUTABILIDAD

Durante la vigencia establecida en la carátula de la póliza, la Compañía no podrá modificar las primas en ella establecidas.

VIGENCIA

La vigencia de este seguro comienza 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.

PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

El plazo de que trata el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado, siempre y cuando se

cumplan todos los requisitos que se estipulan a continuación:

- No haya transcurrido más de seis meses desde la fecha del último pago realizado por concepto de prima.
- El Asegurado deberá reunir las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía a la fecha en que se solicita la rehabilitación.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar por escrito la rehabilitación.
- Una vez que la Compañía haya aceptado el Riesgo, el Contratante y/o Asegurado se obligará a pagar las primas y los costos que se hubieren generado por concepto de la rehabilitación en una sola exhibición.

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada.

MODIFICACIONES

Las modificaciones a este contrato, se harán previo acuerdo entre las partes, modificaciones que constarán por escrito mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

NOTIFICACIONES

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario (s) podrán enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación de la Compañía notificar a El Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza, de conformidad a lo estipulado en las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda

y Crédito Público.

Es obligación del Contratante y Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuvieran durante la vigencia de la póliza, ya que toda comunicación que la Compañía le haga al Contratante y/ o Asegurado, la dirigirá a la última dirección que de ellos tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales.

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

LIQUIDACIÓN

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

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

TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.
- Cuando el Contratante solicite la cancelación anticipada de la póliza a la Compañía. Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado, de acuerdo a lo siguiente:
 - Para temporalidades menores a 10 años (1 y 5 años), la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el período ya pagado.
 - Para temporalidades mayores o iguales a 10 años (10 años) aplicará lo correspondiente a la cláusula de valores garantizados

La fecha de vencimiento del último período pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

Cuando el Contratante solicite la cancelación anticipada de la póliza a la Compañía. Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro deberá solicitarlo por escrito en las oficinas de La Compañía o por cualquier tecnología o medio que se hubiere pactado. La Compañía se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del usuario que formule la solicitud de terminación proporcionando al contratante su acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio. Así mismo la Compañía no podrá negar o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada, así mismo no podrá negarse a la cancelación del contrato por las mismas vías por las que fue contratado. *

BENEFICIARIOS

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios señalando en forma clara y precisa el nombre completo de cada uno de ellos, así como el porcentaje de la suma asegurada que les corresponde, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

La designación de Beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, por lo que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otras; por ejemplo "a los hijos menores del Asegurado".

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del Seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

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

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

Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada correspondiente a dicho(s) beneficiario(s) se pagará a su sucesión.

Si sólo se hubiera designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación.

En caso de que El Asegurado no hubiese hecho la designación de beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión de éste.

Advertencia:

En el caso de que se 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 el 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.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito

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

EDAD

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

LÍMITES DE EDAD

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si la edad declarada es mayor que la verdadera la Compañía reembolsará al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, Seguros Banorte estará obligado a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato a no ser que la edad real al

tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión (artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

Edad Mínima de Aceptación (años)	Edad Máxima de Aceptación (años)	Edad de Cancelación (años)
18	70	De acuerdo al plan elegido

Las edades de aceptación de las coberturas adicionales se detallan en sus respectivas especificaciones.

DESCUENTOS DE EDAD

A la edad real del Asegurado se le aplicarán los siguientes descuentos:

- Se aplicará un descuento de 2 años a la edad real del Asegurado, si se trata de una persona de sexo masculino no fumador. En caso de que la edad obtenida con el descuento sea menor a la edad mínima establecida para el ingreso al plan, entonces se aplicará esta última.
- Se aplicará un descuento de 3 años a la edad real del Asegurado, si se trata de una persona de sexo femenino. En caso de que la edad obtenida con el descuento sea menor a la edad mínima establecida para el ingreso al plan, entonces se aplicará esta última.
- Se aplicará un descuento de 5 años a la edad real del Asegurado, si se trata de una persona de sexo femenino no fumador. En caso de que la edad obtenida con el descuento sea menor a la edad mínima establecida para el ingreso al plan, entonces se aplicará esta última.

VALORES GARANTIZADOS

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

caso de muerte. Derivado de lo anterior la Compañía concederá valores garantizados únicamente a pólizas temporales a 10 años o más.

Los Valores Garantizados son beneficios, a los que tiene derecho el Contratante, en caso de que suspenda el pago de primas de la póliza, con la condición de que haya pagado, por lo menos tres anualidades completas. Estos valores están definidos únicamente para las coberturas básicas que se describen en la sección de riesgo cubierto.

Los valores garantizados son los siguientes:

- I. Valor de Rescate
- II. Seguro Saldado

VALOR DE RESCATE

Representa el valor en efectivo que el Contratante recibirá, en una sola exhibición, y que dependerá del número de primas anuales que haya cubierto. El seguro quedará cancelado una vez que se pague el rescate.

El Contratante podrá obtener como valor de rescate, estando al corriente en el pago de prima, el importe que se indica en la tabla de valores garantizados, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas, siempre y cuando, lo solicite por escrito a la Compañía. La tabla de valores garantizados se anexa a la carátula de la póliza y constituye parte integral del contrato de seguro.

SEGURO SALDADO

El Contratante podrá optar por convertir su valor de rescate a un Seguro Saldado, es decir la suma asegurada del beneficio básico será reducida hasta la cantidad que alcance a cubrir con el efectivo correspondiente y así continuar protegido hasta el término del contrato por la suma asegurada que se especifica en tabla de Valores Garantizados.

La tabla de valores garantizados se anexa a la carátula de la póliza y constituye parte integral del contrato de seguro

La suma asegurada del Seguro Saldado, será pagada por la Compañía, en las mismas condiciones que lo sería la suma asegurada originalmente contratada.

El Seguro Saldado no considera beneficios adicionales, únicamente aplica para la Cobertura Básica.

PAGO DE PRIMAS

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

Las primas correspondientes a esta póliza son anuales, venciendo éstas en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro el monto de la prima correspondiente a dicho periodo.

LUGAR DE PAGO

Las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Compañía a la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado, previa obtención de la autorización respectiva, a cambio del Recibo de Pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago

de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar que impida que la Compañía realice el cargo correspondiente.

PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN *

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en una sola exhibición en caso de ser procedente el siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente póliza, y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de la póliza.

La Compañía tendrá derecho de compensar las primas que se le adeuden.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

DESCUENTO POR NOMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO)

El Contratante que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro "Descuento por Nómina" o "Domiciliación Bancaria" (cuenta de cheques, débito o crédito) tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la prima del seguro contratado, dentro de los **30 días naturales** siguientes al inicio de vigencia. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá de recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 01 800 500 2500 para reportarlo.

RENOVACIÓN

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

pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda la edad máxima de aceptación en la fecha de renovación.

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Asegurado comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de 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.

SINIESTRO

AVISO DE SINIESTRO

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

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

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

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.

SERVICIOS DE ASISTENCIA

ENDOSO DE ASISTENCIA FUNERARIA FAMILIAR

RIESGOS CUBIERTOS

SERVICIO FUNERARIO

Para efectos de esta Asistencia los beneficiarios serán el propio asegurado, su cónyuge y los hijos del asegurado.

Las edades de aceptación del Cónyuge serán de 18 a 70 años. Para el caso de los hijos, el servicio se otorga siempre y cuando su edad este comprendida entre 2 y 25 años

Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte (en adelante La Compañía), a través de EL PRESTADOR contratado, proporcionará al asegurado, beneficiario, familiar o deudo que corresponda, los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio nacional.

La Compañía, a través de EL PRESTADOR, en caso de fallecimiento del Asegurado o Beneficiarios del Servicio Funerario durante la vigencia de la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios las 24 horas del día los 365 días del año.

Es de precisar que la Compañía es la única responsable frente al asegurado o beneficiario por la actuación del prestador de servicios de asistencia, en virtud de que es la Compañía quién ofrece dichos servicios de asistencia.

El Servicio Funerario contratado estará estipulado en la carátula de la póliza.

En caso de muerte del Asegurado EL PRESTADOR proporcionará los siguientes servicios:

- Realizar los respectivos trámites legales ante las autoridades competentes.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad.
- Proveer al beneficiario un féretro metálico de corte lineal.
- Brindar el servicio de Tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación)
- Proveer la utilización de salas de velación o servicio a domicilio en el lugar en que indique el beneficiario.
- Decorar las salas de velación con sus respectivos arreglos florales (2 laterales y 1 cubre cofre)
- Celebración del servicio religioso a cargo de un Ministro del culto indicado por el beneficiario y/o su familia
- Servicio de Cremación con Urna incluida

RIESGOS NO CUBIERTOS

Catástrofes naturales, guerra, sedición, motín, huelga, asonada, declaradas o no.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del **día 21 de enero de 2015**, con el número **CNSF-S0001-0063-2015 /CONDUSEF-001119-02**”.

* En cumplimiento a lo dispuesto en 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 **1 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0236-2015** y a partir del día **20 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **5 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0131-2016** y a partir del día **02 de marzo de 2015**, con el número **CGEN-S0001-0023-2015** y a partir del día **09 de junio de 2017**, con el número **MODI-S0001-0013-2017**.

ASISTENCIA FUNERARIA NACIONAL:

Atención las 24 horas del día los 365 días del año.
Ciudad de México, Área Metropolitana e Interior
de la República Mexicana
01 55-5809-4502

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

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