

# Vida Patrimonio Vida Banorte

Para reporte de siniestro llama al

**01 800 500 2500**

en donde recibirás atención rápida y personalizada  
de lunes a domingo de 8:00 a.m a 10:00 p.m.  
o consulta [banorte.com](http://banorte.com)



## **CONDICIONES GENERALES**

# ÍNDICE

---

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	7
COBERTURAS ADICIONALES	8
CLÁUSULAS GENERALES	31

## CONDICIONES GENERALES PATRIMONIO VIDA BANORTE

### DEFINICIONES

**COMPAÑÍA:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte.

**CONTRATANTE:** Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí y que por cumplir los requisitos de elegibilidad ha sido aceptada por la Compañía, por lo que, se encuentra amparada por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, comprometiéndose a realizar el pago de las primas correspondientes.

**ASEGURADO:** Persona física amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptada por la Compañía, y que para efectos de este contrato de seguro siempre será el Contratante.

**BENEFICIARIO:** Persona(s) designada(s) en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.

**CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA:** Son aquellas que, además de las generales, agregan a la póliza condiciones particulares.

**ENDOSO:** Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste.

**BENEFICIOS:** El Asegurado podrá contratar uno ó más de los beneficios que se mencionan a continuación:

- PLAN DE PROTECCIÓN.
- PLAN PERSONAL DE RETIRO.
- PLAN DE JUBILACIÓN.

**MOVIMIENTOS DE RESERVA:** El Asegurado en las fechas establecidas, podrá solicitar cambio en las opciones de rendimiento acreditable a la reserva de su póliza, dentro de un mismo BENEFICIO, eligiendo entre las opciones de rendimiento acreditable que la Compañía tenga establecidos para administrar la cuenta individual del beneficio correspondiente.

La Compañía se reserva el derecho de cambiar la opción de rendimiento acreditable a la reserva, elegida por el Asegurado, cuando éste no permita dar cumplimiento a lo establecido en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**ACREDITACIÓN DE RENDIMIENTOS A LA RESERVA:** La Compañía acreditará intereses a la reserva de la póliza de cada Asegurado, en función de la opción de rendimiento acreditable que tenga establecidos para administrar la cuenta individual del beneficio correspondiente.

El Asegurado podrá elegir la opción de rendimiento acreditable a la reserva de su póliza, según el beneficio contratado, en el entendido que la Compañía se reserva el derecho de cambiar la opción de rendimiento acreditable a la reserva, elegida por el Asegurado, cuando éste no permita dar cumplimiento a lo establecido en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**SALDO FINAL:** El SALDO FINAL se determinará de acuerdo a los beneficios contratados en la póliza por el Asegurado, y será igual a la suma del monto constituido por los siguientes conceptos:

- **SALDO FINAL PLAN DE PROTECCIÓN** (Art. 93 de la Ley del Impuesto sobre la Renta).
- **SALDO FINAL PLAN PERSONAL DE RETIRO** (Art. 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta).
- **SALDO FINAL PLAN DE JUBILACIÓN** (Art. 185 de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

**SALDO INICIAL DEL MES:** Se denomina SALDO INICIAL DEL MES al valor del SALDO FINAL DEL MES, del mes inmediato anterior.

**SALDO FINAL DEL MES:** El SALDO FINAL DEL MES se determinará de acuerdo a los beneficios contratados en la póliza por el Asegurado, y será igual al monto constituido durante el periodo comprendido entre el inicio de vigencia de la póliza y el último día del mes en que sea determinado este concepto.

El SALDO FINAL MES es igual a la suma del monto constituido por los siguientes conceptos:

- SALDO FINAL PLAN DE PROTECCIÓN DEL MES.
- SALDO FINAL PLAN PERSONAL DE RETIRO DEL MES.

- SALDO FINAL PLAN DE JUBILACIÓN DEL MES.

**SALDO NETO DEL MES:** El SALDO NETO DEL MES se determinará de acuerdo a los beneficios contratados en la póliza por el Asegurado, y será igual a la suma del monto constituido por los siguientes conceptos:

- SALDO NETO PLAN DE PROTECCIÓN DEL MES.
- SALDO NETO PLAN PERSONAL DE RETIRO DEL MES.
- SALDO NETO PLAN DE JUBILACIÓN DEL MES.

**SEGURO PURO:** Se refiere a las sumas aseguradas contratadas para las coberturas del riesgo de Fallecimiento, Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Accidente Colectivo y Pago de Suma asegurada por Invalidez Total y Permanente, estipuladas en la carátula de la póliza.

**SEGURO DE SUPERVIVENCIA:** Se refiere al monto que, por concepto de supervivencia, pagará la Compañía al Asegurado al término de la vigencia del seguro.

Este monto de seguro de supervivencia corresponde al monto del SALDO FINAL calculado al último día de vigencia de la póliza.

## COBERTURAS BÁSICAS

### RIESGOS CUBIERTOS

#### FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada de esta cobertura estipulada en la carátula de la póliza, así como el valor del SALDO FINAL constituido a la fecha de fallecimiento, finalizando así toda responsabilidad entre las partes.

La Compañía, con conformidad a las leyes fiscales, retendrá los impuestos que, en su caso correspondan.

#### INDEMNIZACIÓN POR SUPERVIVENCIA

En caso de que el Asegurado llegue con vida al final de la vigencia del seguro, la Compañía le pagará al Asegurado esta cobertura, con cualquiera de las siguientes opciones:

1. **PAGO ÚNICO.** El Asegurado podrá solicitar que el pago de la cobertura de indemnización por supervivencia se realice en una sola exhibición,

esta solicitud deberá realizarse de forma expresa y por escrito.

De esta manera la Compañía pagará al Asegurado el monto del Seguro de Supervivencia, finalizando así toda responsabilidad entre ambas partes.

2. **RENTA VITALICIA.** El asegurado podrá solicitar que el pago de la cobertura de indemnización por supervivencia se realice en rentas vitalicias, esta solicitud deberá realizarse de forma expresa y por escrito.

De esta manera la Compañía pagará al Asegurado la renta mensual que le corresponda. El monto de la renta mensual será el resultado de aplicar el Seguro de Supervivencia a la metodología que la Compañía tenga registrada para estos efectos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, vigente al final de la vigencia de la póliza.

En caso de que al final de la vigencia de la póliza la Compañía tuviera, para este seguro, otras opciones de pago de rentas, el Asegurado podrá solicitar, de manera expresa, el pago de su indemnización bajo alguno de estos nuevos esquemas, lo cuales estarán registrados ante la Comisión Nacional de seguros y Fianzas.

#### **CANCELACIÓN AUTOMÁTICA**

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

#### **COBERTURAS ADICIONALES**

#### **ENDOSO MUERTE ACCIDENTAL (MA) CONDICIONES PARTICULARES**

#### **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 siguientes a la fecha del accidente.

#### **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.

#### **CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA**

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

#### **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 ocurrida 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 radiaciones, contaminación química y 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 y sujeta a itinerarios regulares.

9. Inhalación de gas de cualquier tipo, a menos que se demuestre que fue accidental.
10. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
11. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
12. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
13. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

**ENDOSO  
PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO)  
CONDICIONES PARTICULARES**

**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 siguientes a la fecha del accidente.

**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.

**RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO**

**PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO)**

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, de

acuerdo a la tabla de indemnizaciones que más adelante se detalla, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre alguna(s) de las siguientes pérdidas orgánicas:

**TABLA DE INDEMNIZACIONES**

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La indemnización correspondiente a esta cobertura se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada en esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

**CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA**

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

**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 autoinfringidas, 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. **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

**ENDOSO  
ACCIDENTE COLECTIVO (AC)  
CONDICIONES PARTICULARES**

### 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 siguientes a la fecha del accidente.

#### ACCIDENTE COLECTIVO

Se considera accidente colectivo aquel accidente que sufra el Asegurado:

- Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- Mientras viaje como pasajero de un ascensor que opere para servicio público (con exclusión de los ascensores industriales o de minas).
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

#### RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO

#### ACCIDENTE COLECTIVO (AC)

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 Colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Se considera Accidente Colectivo aquel accidente que sufra el Asegurado:

- a. Accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b. Accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.
- c. Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

#### CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza.

**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 ocurrida 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 autoinfringidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental. Esta exclusión ya está implícita en la definición.
8. Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
9. Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
10. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
11. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.

**ENDOSO**

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

**DEFINICIONES****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 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, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente. De tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya, por lo menos, en 50% respecto al de su trabajo habitual.

Además se considerará 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 los casos en que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de un accidente, no se considerará el periodo de espera de seis meses. Así mismo, se considerará como tal, si esta se presenta dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

**RIESGO CUBIERTO POR ESTE ENDOSO**

**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.

También se considerará invalidez total y permanente:

- La pérdida de la función de la vista de ambos ojos
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo

En los casos en que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de un accidente, no se considerará el periodo de espera de seis meses.

#### **CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA**

Esta cobertura se cancelará automáticamente:

1. Al término de la vigencia del contrato de seguro 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 71.

#### **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 a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinflingidas, aún 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. **Cualquier pérdida orgánica que 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 alguna 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.\***

#### **ENDOSO ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES**

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 enfermedades terminales, este beneficio consiste en lo siguiente:

La Compañía indemnizará al Asegurado el 25% de la suma asegurada contratada en la cobertura de fallecimiento por concepto de anticipo por enfermedades terminales, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, o de su última rehabilitación,
2. Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable
3. Que el Asegurado se vea afectado por alguno de los siguientes padecimientos:
  - Infarto al miocardio.
  - Accidente cardiovascular.
  - Cáncer.
  - Insuficiencia renal crónica.
  - Cirugía de arterias coronarias.

Y a consecuencia de ello, le sea diagnosticado un **estado de salud terminal**.

Se entenderá que el Asegurado presenta un estado de salud terminal, si al diagnosticarle alguno de los padecimientos señalados anteriormente,

queda asentado por un médico especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o en su caso por el médico especialista que la **Compañía** designe, que las condiciones de salud del Asegurado ocasionarán necesariamente su muerte dentro de un lapso no mayor a 12 meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente.

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

“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 **27 de julio de 2007**, con el número **CGEN-S0001-0035-2007**”

#### **ENDOSO ANTICIPO POR GASTOS DE SEPELIO**

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 de fallecimiento sea mayor o igual al importe del anticipo.

El anticipo será equivalente al 10% de la suma asegurada contratada en la cobertura de fallecimiento y este se pagará, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de la emisión de la póliza,
- Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario con carácter de irrevocable,
- Y que el beneficiario presente el certificado de defunción correspondiente.

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

“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 **27 de julio de 2007**, con el número **CGEN-S0001-0036-2007.**”

## CLÁUSULAS GENERALES

### PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato únicamente las coberturas básicas y adicionales estipuladas en la carátula de la póliza.

### 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 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.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Para hacer valer sus derechos, el Asegurado y/o Contratante podrá dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros
- Los Tribunales competentes

### INDISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos años ininterrumpidos a partir de la fecha de su inicio de vigencia del seguro o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiese incurrido el 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 contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

### OMISIÓN O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y/o Asegurado está obligado 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).

### CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

**CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS\***

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

**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 y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta 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, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido 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 cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- Los intereses moratorios;
- La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y;
- 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 la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 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.

#### **EDAD**

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

La edad real declarada por el Asegurado deberá comprobarse ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá

derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro las edades de aceptación fijadas por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagara un costo del riesgo exigible menor del que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía, derivada del seguro puro se reducirá en la proporción que exista entre el costo del riesgo exigible estipulado y el costo del riesgo exigible para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato;
- Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad real del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando un costo de riesgo exigible más elevado que el correspondiente a la edad real, la Compañía estaría obligada a reembolsar 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. Los costos de riesgo exigible ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real;
- 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, la Compañía estará obligada a pagar el seguro puro que los costos del riesgo exigible hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para el cálculo que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

#### EDAD DE CÁLCULO

- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo masculino no fumador, se aplicará un descuento de 2 años a la edad real del Asegurado. 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.
- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo femenino, se aplicará un descuento de 3 años a la edad real del Asegurado. 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.

- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo femenino no fumador, se aplicará un descuento de 5 años a la edad real del Asegurado. 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.
- Para obtener la edad de cálculo de una persona de sexo masculino fumador, no se aplicará ningún descuento a la edad real del Asegurado.

#### EDAD FUERA DE LÍMITE

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, 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 para cada uno de los planes, se presentan en la siguiente tabla:

Plan	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación
Seguro Básico: Temporal 5 años Seguro Avanzado: A Edad Alcanzada 65 años	18 años 18 años	95 años 60 años

Para la cobertura básica, las de accidente, las de pérdidas orgánicas aplicarán las edades de aceptación arriba señaladas, para las coberturas de invalidez solo aplicará la edad mínima de aceptación arriba señalada, está se cancelará conforme a lo especificado en la sección de cancelación automática de esta cobertura.

#### MONEDA

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

#### 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 en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de dos años en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados a partir de la fecha de acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

**REHABILITACIÓN**

En este contrato de seguro NO EXISTE rehabilitación, por esta razón, si el valor en efectivo constituido no es suficiente para cubrir por lo menos el Costo del Riesgo Exigible equivalente a un mes. En este caso se deberá estar a lo dispuesto en la cláusula PERÍODO DE GRACIA.

**MODIFICACIONES**

Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días 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).

**CANCELACIÓN**

El Asegurado en cualquier momento tiene la facultad de dar por terminado el Contrato con anterioridad a su vencimiento, para esto deberá dar aviso a la Compañía por escrito. La cancelación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras estuvo en vigor y el valor en efectivo que corresponda.

Cuando un Asegurado solicite la cancelación de su póliza, la Compañía le devolverá la parte no devengada que corresponda del costo del riesgo exigible, a la fecha de cancelación, más lo especificado en la cláusula de valor en efectivo de estas condiciones generales.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la Compañía reciba la solicitud del Asegurado o en la fecha que indique la solicitud, la que sea posterior.

**NOTIFICACIONES**

El Asegurado podrá enviar cualquier comunicación a la Compañía, la cual deberá dirigirse al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Es obligación del Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza. Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales.

**LIQUIDACIÓN**

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas. Cualquier adeudo derivado de este contrato, será deducido de la liquidación correspondiente.

**TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

El contrato termina sin responsabilidad posterior para la Compañía con la ocurrencia de alguno de los siguientes supuestos, cualquiera de ellos de manera excluyente: la entrega de la cantidad asegurada al ocurrir el evento amparado por la póliza o la liquidación del valor en efectivo que proceda a solicitud del Asegurado.

**BENEFICIARIOS**

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, 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 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos antes que el Asegurado, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

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.

**CESIÓN**

Los derechos de este Contrato, solo pueden cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificado por escrito a la Compañía. La cesión solo podrá efectuarse en los términos de los artículos 165 y 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**ESTADOS DE CUENTA**

La Compañía enviará al Asegurado, de forma trimestral, un estado de cuenta en el que se mostrarán los movimientos de la póliza, desde que se generó el último reporte o estado de cuenta hasta la fecha del corte.

**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 institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

**PRIMAS**

Las Primas son la contraprestación que el Contratante paga a la Compañía en correspondencia a la obligación que ésta contrae de cubrir el riesgo amparado en el contrato de seguro.

Para estos efectos, son primas todos los pagos que realice el Contratante a la Compañía, durante la vigencia de la póliza.

La Compañía acreditará intereses a la reserva de la póliza de cada Asegurado, en función de las opciones de rendimiento acreditable que tenga establecidos para administrar la cuenta individual del beneficio correspondiente. El Asegurado podrá elegir las opciones de rendimiento

acreditable a la reserva de su póliza, según el beneficio contratado, en el entendido que la Compañía se reserva el derecho de cambiar la opción de rendimiento acreditable a la reserva, elegido por el Asegurado, cuando éste no permita dar cumplimiento a lo establecido en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**El rendimiento acreditable a la reserva se verá modificado de acuerdo a las fluctuaciones del mercado y no existirá una garantía sobre el SALDO FINAL, pudiéndose dar el caso de minusvalías por efecto del comportamiento del mercado.**

**PRIMA MÍNIMA INICIAL**

Es la prima mínima que el Contratante requiere pagar al momento de contratar el seguro.

**PRIMA COMPLEMENTARIA INICIAL**

Es la prima adicional a la Prima Mínima Inicial que el Contratante puede pagar al momento de contratar el seguro, si así lo desea.

**PRIMA COMPLEMENTARIA**

Es la prima adicional a la Prima Inicial que el Contratante puede pagar a su seguro si lo desea, en cualquier momento, siempre que éste se encuentre vigente.

**PRIMA COMPLEMENTARIA PROGRAMADA**

Es la prima adicional a la Prima Inicial que el Contratante puede pagar a su seguro, siempre que éste se encuentre vigente, por el monto y la periodicidad en que se hayan convenido previamente.

**PAGO**

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de las primas correspondientes.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo que emita ésta.

**PERÍODO DE GRACIA**

El monto que el asegurado podrá obtener al cancelar su póliza se denomina valor en efectivo, es equivalente al valor del SALDO FINAL menos la penalización denominada costo por rescate.

Si el valor en efectivo, constituido no es suficiente para cubrir por lo menos el costo del Riesgo Exigible equivalente a un mes, se otorgará un periodo de 30 días naturales posteriores a la fecha de cobro del costo de seguros que no se alcanzó a cubrir, para que el Contratante cubra dicho concepto, en caso contrario, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del período de gracia sin responsabilidad posterior para la Compañía.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del periodo de gracia y si no se hubiera pagado el costo de riesgo exigible a que se refiere el párrafo anterior, la Compañía tiene el derecho de deducir del pago de los beneficios cualquier costo de seguro vencido y no pagado y cualquier adeudo de la póliza.

**COSTO DEL RIESGO EXIGIBLE**

El costo del riesgo exigible, es el resultado de multiplicar el SEGURO PURO por los factores de la prima bruta mensual que correspondan a la edad de cálculo del Asegurado, para las coberturas contratadas y estipuladas en la carátula de la póliza por Fallecimiento, Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Accidente Colectivo y Pago de Suma asegurada por Invalidez Total y Permanente.

Cada mes la Compañía de forma automática deducirá el costo del riesgo exigible del SALDO INICIAL DEL MES, del beneficio contratado por el Asegurado que corresponda.

Si el valor en efectivo a que tuviera derecho el Asegurado no fuera suficiente para pagar los cargos mensuales a que se refiere el párrafo anterior, una vez transcurrido el periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del período de gracia.

**LIQUIDEZ**

La liquidez de los beneficios contratados por el Asegurado en su póliza serán en las fechas establecidas, toda solicitud de retiro o solicitud de rescate de póliza debe enviarse por escrito a la Compañía, lo anterior a fin de que ésta programe con un mes de anticipación, para que la póliza no sea objeto de las penalizaciones pactadas para estos casos.

El Asegurado podrá solicitar en cualquier momento algún retiro extemporáneo o el rescate de su póliza, la liquidez para estas solicitudes será de 15 días hábiles a partir de su solicitud y la Compañía aplicará a la póliza las penalizaciones pactadas.

El monto variará dependiendo del valor del mercado, las penalizaciones que correspondan y en su caso la retención de los impuestos que procedan de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

**ASPECTO FISCAL**

Los pagos que la Compañía realice al Asegurado o a sus Beneficiarios por concepto de retiros, rescate de póliza o pago de suma asegurada, causarán el pago de impuestos de conformidad con las disposiciones legales que se encuentren en vigor en el momento en que se efectuó el pago.

Los efectos fiscales que se señalan en el presente contrato, en la póliza de seguro, o en cualquier otro documento que al efecto haya expedido la Compañía, se fundan en las disposiciones aplicables en México, vigentes a la fecha de contratación del presente seguro, mismas que pueden ser modificadas o derogadas en cualquier momento, de tal forma que pueden afectar o variar el régimen aplicable.

**GASTOS DE ADQUISICIÓN**

Los primeros días de cada mes se deducirá del SALDO INICIAL DEL MES los de gastos de adquisición de el(os) beneficio(s) contratado(s) por el Asegurado.

La Compañía mensualmente realizará el cargo que corresponda por concepto de gastos de adquisición, con apego a lo que tenga registrado en esa fecha, ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**VALORES GARANTIZADOS**

Este plan otorga el derecho al Valor en Efectivo como único Valor Garantizado al cual puede tener derecho el Asegurado.

**VALOR EN EFECTIVO**

El Asegurado en cualquier momento podrá rescatar (cancelar) su plan, recibiendo el valor del SALDO FINAL menos la penalización denominada costo por rescate.

**COSTO POR RESCATE**

Para aquellas pólizas que se encuentren en el primer año de vigencia, el costo por rescate será menor o igual al 2.5% del SALDO FINAL correspondiente al último día en que se solicite la cancelación del plan.

Para las demás pólizas, el costo por rescate será menor o igual al 1.5% del SALDO FINAL correspondiente al último día en que se solicita la

cancelación del plan.

Si la cancelación de la póliza se realiza en las fechas programadas no se aplicará el costo por rescate.

Del valor en efectivo de la póliza se deducirá cualquier adeudo derivado de este contrato, así como la retención de los impuestos que correspondan.

**RETIROS.**

Durante la vigencia de la póliza, se podrán hacer 2 tipos de retiros:

1. Retiro Parcial. Este tipo de retiro no tendrá ninguna penalización por parte de la Compañía, el Asegurado deberá avisar por escrito con un mes de anticipación a las fechas establecidas por la Compañía.
2. Retiro Extemporáneo. Es cualquier retiro que realice el Asegurado que no cumpla con las características del Retiro Parcial, en este caso la Compañía penalizará con un monto menor o igual al 1.5% del importe solicitado como retiro por Asegurado.

Ambos tipos de retiros se deberán realizar mediante solicitud expresa y por escrito del Asegurado. El retiro podrá ser por cualquier monto siempre y cuando, no exceda el monto que recibiría en caso de rescatar su plan.

El monto del retiro será deducido del SALDO FINAL que tenga constituido a la fecha que solicite el retiro.

Se retendrá los impuestos que en su caso correspondan.

**SINIESTROS**

Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía.

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

**CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la Compañía se obliga a solicitar al Asegurado

o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, su consentimiento para tratar sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso se celebre.

La Compañía además, se obliga a informarle al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, que sus datos se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que el Asegurado o Contratante aceptará la transferencia que pudiera realizarse de ellos a entidades integrantes del Grupo Financiero Banorte, subsidiarias de ésta institución y terceros, nacionales o extranjeros, conforme a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad de la Compañía.

La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares establece dicha obligación en sus artículos 8° y 9° que a la letra dicen:

**“Artículo 8.-** Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley.

El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición.

Los datos financieros o patrimoniales requerirán el consentimiento expreso de su titular, salvo las excepciones a que se refieren los artículos 10 y 37 de la presente Ley.

El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que se le atribuyan efectos retroactivos. Para revocar el consentimiento, el responsable deberá, en el aviso de privacidad, establecer los mecanismos y procedimientos para ello.”

**“Artículo 9.-** Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado.”

**“Artículo 10.-** No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

- I. Esté previsto en una Ley;
- II. Los datos figuren en fuentes de acceso público;
- III. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de disociación;
- IV. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable;
- V. Exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes;
- VI. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente, o
- VII. Se dicte resolución de autoridad competente.”

**“Artículo 37.-** Las transferencias nacionales o internacionales de datos podrán llevarse a cabo sin el consentimiento del titular cuando se dé alguno de los siguientes supuestos:

- I. Cuando la transferencia esté prevista en una Ley o Tratado en los que México sea parte;
- II. Cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios;
- III. Cuando la transferencia sea efectuada a sociedades controladoras, subsidiarias o afiliadas bajo el control común del responsable, o a una sociedad matriz o a cualquier sociedad del mismo grupo del

- responsable que opere bajo los mismos procesos y políticas internas;
- IV. Cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del titular, por el responsable y un tercero;
  - V. Cuando la transferencia sea necesaria o legalmente exigida para la salvaguarda de un interés público, o para la procuración o administración de justicia;
  - VI. Cuando la transferencia sea precisa para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial, y
  - VII. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el responsable y el titular.”

Dicho Aviso de Privacidad estará disponible en la página web de la Compañía: [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

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 **17 de junio de 2014**, con el número **CNSF-S0001-0377-2014/CONDUSEF-000570-01**.

\*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**.

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](http://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](mailto:une@banorte.com). o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)









