

ÍNDICE

DEFINICIONES.....	1
COBERTURA BÁSICA	2
CLÁUSULAS GENERALES.....	3

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.

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.

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.

SALDO FINAL

Se denomina SALDO FINAL al monto constituido durante la vigencia del seguro por todos los pagos que por concepto de primas efectúe el Contratante, menos los siguientes conceptos: retiros efectuados por el Asegurado, cargo por el costo del Riesgo Exigible, cargo por los gastos de administración y adquisición que se realicen durante la vigencia del seguro.

Este monto se incrementará con los intereses que se obtengan por su inversión.

SALDO NETO

El SALDO NETO está integrado por el valor del SALDO FINAL al último día del mes inmediato anterior, más todos los pagos en el mes que por concepto de primas efectúe el Contratante, menos: los retiros efectuados por el Asegurado en el mes, el costo del Riesgo Exigible del mes, así como los gastos de administración y adquisición, que correspondan al propio periodo mensual.

SEGURO PURO

Se refiere a las sumas aseguradas fijas contratadas para la cobertura del riesgo de Fallecimiento y Muerte Accidental, 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

RIESGO 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, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor, así como el valor del SALDO NETO constituido a la fecha de fallecimiento, finalizando así toda responsabilidad de ambas partes.

INDEMNIZACIÓN POR SUPERVIVENCIA.

En caso de que el Asegurado llegue con vida al final de la vigencia del seguro, la Compañía le pagará, en una sola exhibición, el monto del Seguro de Supervivencia, finalizando así toda responsabilidad de ambas partes.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada de esta cobertura estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado fallece.

CANCELACION AUTOMÁTICA

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 de 70 años.

Riesgos No cubiertos por la Cobertura Adicional de Muerte Accidental (MA):

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.

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.

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 ILÍCITAS*

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

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

OMISIÓN O INEXACTAS DECLARACIONES

El 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).

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 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.

EDAD

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

La edad 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 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 una prima menor de la que correspondería a la edad real, la obligación derivada del seguro puro de la Compañía se reduciría en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa del mencionado seguro, 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 del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más respecto a las suma aseguradas del seguro puro conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la 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. Las primas 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 la suma

asegurada que las primas cubiertas 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.

DESCUENTOS A LA 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.

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
Patrimonial Básico: Temporal 5 años	18 años	95 años
Patrimonial Avanzado: A edad alcanzada 60 años	18 años	55 años

A Edad Alcanzada se refiere al término de plazo del seguro en función de la edad real del Asegurado.

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. Si el seguro se pactará en moneda extranjera o en UDI's, los pagos correspondientes se harán en la moneda pactada o en su equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera o en UDI's de la República Mexicana que emita el Banco de México y se publique en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se efectúen los pagos. En caso de que desaparezca del mercado financiero el instrumento de inversión UDI, dicha póliza operará con base al indicador con el cuál sustituya el valor de la UDI.

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 solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa de los 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 del costo del Riesgo Exigible, podrá ser rehabilitado si el Asegurado lo solicita por escrito, presenta pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía y presenta carta de no siniestralidad.

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.

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.

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.

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, la liquidación del valor en efectivo que proceda a solicitud del Asegurado o por falta de pago del Costo del Riesgo Exigible.

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, siempre que no exista restricción legal en contrario. 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 alguno de ellos, 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 154 y 156 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

ASPECTO FISCAL

Los pagos que la Compañía realice a los Asegurados o a sus Beneficiarios, causarán las contribuciones que establezcan las disposiciones legales que se encuentren en vigor en el momento en que se cause la contribución.

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.

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 esta contrae de cubrir el riesgo.

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

La Compañía se obliga a invertir el monto total de las primas que reciba para constituir el SALDO NETO. Cada inversión que se realice tendrá un valor asignado, el cual variará dependiendo el valor del mercado, por lo que el rendimiento se verá modificado de acuerdo a las fluctuaciones del mercado y no existirá una garantía sobre dichos rendimientos.

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.

PERIODO DE GRACIA

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 para el pago de dicho concepto, en caso contrario, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo 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 la prima a la 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, corresponde al cobro del seguro puro.

El costo del riesgo exigible se obtendrá multiplicando la suma asegurada del seguro puro por los factores de la prima bruta mensual, de las coberturas por Fallecimiento y Muerte Accidental, que correspondan a la edad alcanzada del Asegurado.

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

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 su plan, recibiendo el valor del SALDO FINAL menos un costo por rescate. El costo por rescate será calculado como un porcentaje de la Prima Mínima Inicial, dicho porcentaje variará de acuerdo a la antigüedad de la póliza como a continuación se indica:

Año póliza	Porcentaje aplicable a la Prima Mínima Inicial
1	3.0%
2	2.0%
3	1.0%
4 o más	0.0%

RETIROS PARCIALES

Durante la vigencia de la póliza, se podrán hacer retiros parciales, mediante solicitud expresa y por

escrito del Asegurado. El retiro parcial podrá ser por cualquier monto siempre y cuando no exceda el Valor en Efectivo al que tenga derecho el Asegurado en ese momento. El monto del retiro parcial será deducido del SALDO FINAL al último día del mes inmediato anterior, de la fecha de retiro.

Del monto de cada retiro parcial la Compañía se reserva el derecho de realizar el cargo que se tenga registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 **13 de marzo de 2007**, con el número **CNSF-S0001-0118-2007**.

*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 **06 de julio de 2011**, con el número **CGEN-S0001-0109-2011** y a partir del día **20 de octubre de 2009**, con el número **CGEN-S0001-0064-2009** y a partir del día **06 de febrero de 2008**, con el número **CGEN-S0001-0031-2007** y 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

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