

Protección Financiera Protege a quien más quieres

Llama a la Línea Preferente sin costo desde cualquier parte de la República al **0181.8156.4444**, visita cualquiera de nuestras sucursales o entra a banorte.com/bancapreferente y **asegura tu tranquilidad.**

El Seguro de Protección Financiera es operado por Seguros Banorte S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte. Consulta términos, condiciones, aviso de privacidad y requisitos de contratación en banorte.com/bancapreferente



CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES	5
COBERTURAS BÁSICAS	6
COBERTURAS ADICIONALES	6
CLÁUSULAS GENERALES	14

CONDICIONES GENERALES

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, que se encuentra amparado por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

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: Es la persona o personas designadas en la póliza por el Asegurado como titular(es) de los derechos de indemnización que en ella se establecen.

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, todo acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, por lo tanto no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

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 un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista de ese ojo. Por pérdida de dedo, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de dos falanges completos cuando menos de ese dedo o la pérdida total de su funcionamiento.

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

Deportista amateur: Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas. Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

COBERTURAS BÁSICAS

RIESGOS CUBIERTOS

APOYO FUNERARIO POR FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia, la protección terminará sin responsabilidad alguna para la Compañía.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

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

- a. Cuando a petición del Contratante y/o Asegurado, la Póliza no sea renovada.
- b. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 61 años.

COBERTURAS ADICIONALES

MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado, si a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante la vigencia del seguro contratado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Muerte Accidental:

1. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones profesionales de cualquier deporte. Competencias amateurs, ocasionales o profesionales de velocidad o resistencia de motociclismo y/o automovilismo, en**

- pistas especializadas o en la vía pública. Tampoco se cubrirá la práctica ocasional o profesional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier otro deporte anterior o posterior a la contratación de este seguro.**
2. **Accidente ocurrido al Asegurado cuando 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 ocurridas 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 cuando el Asegurado se encuentre en: servicio militar o naval o aéreo, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
6. **Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de actos terroristas (siempre y cuando el Asegurado sea el sujeto activo), radiaciones, contaminación química y/o bacteriológica.**
7. **Lesiones autoinflingidas o voluntarias sin justificación médica incluyendo la omisión médica, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental o por un tercero a petición del asegurado.**
8. **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
9. **Envenenamiento o inhalación de gas de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
10. **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**
11. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
12. **La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (DES)**DEFINICIONES**

Asegurado de la cobertura de desempleo involuntario: Es la persona que solicita la contratación de la cobertura, que cumple con todos y cada uno de los siguientes requisitos en la fecha del inicio de vigencia de la póliza:

- a. Sea empleado activo de una Empresa, a través de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo, además que dicho contrato no tenga pactado un periodo de prueba ni de capacitación inicial y de haberse pactado, se hayan concluido dichos periodos.
- b. Tener por lo menos 12 meses ininterrumpidos de trabajar en las condiciones antes descritas, lo cual, en caso de que la Compañía lo requiera, deberá acreditar con copias de los recibos de nómina de los últimos 12 meses; y
- c. Tener una antigüedad mínima de 3 meses en su empleo actual con la Empresa, situación que deberá acreditar mediante los recibos de nómina correspondientes, siempre y cuando no se haya pactado en el contrato laboral un periodo de prueba ni de capacitación, y de haberse pactado, haber transcurrido 3 meses de que concluyó dicho periodo.
- d. Haber sido aceptado por la Compañía

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

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

Período de carencia: El período de Carencia, es el periodo de 60 días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, para que el Asegurado se encuentre cubierto por la cobertura de Desempleo Involuntario.

Período de espera: Es el periodo de 30 días naturales que debe transcurrir

a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto por la cobertura que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

RIESGO CUBIERTO

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada estipulada en esta cobertura, en el caso en que el Asegurado quede desempleado involuntariamente.

Los beneficios se harán efectivos siempre y cuando se cumpla con lo establecido en esta cobertura y además:

- El Desempleo Involuntario ocurra después de haber transcurrido el período de carencia de 60 días.
- El Asegurado permanezca desempleado en forma continua durante el período de espera de 30 días.

Si el desempleo ocurre durante el período de carencia de 60 días, la obligación de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado el importe de la prima pagada y el contrato quedará cancelado.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

1. Con apego a lo estipulado en las cláusulas de Renovación y de Terminación y/o Cancelación del Contrato.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 61 años.

REELEGIBILIDAD

El Asegurado, podrá ser nuevamente elegible para esta Cobertura, después de haber transcurrido el período de espera de 30 días contados a partir de la fecha en que la Compañía haya concluido con la indemnización del pago de beneficios de esta cobertura y que se cumplan todos los siguientes requisitos:

- Otorgar su solicitud para estar cubierto bajo esta cobertura.
- Que su edad no sea menor que 18 años ni mayor que 60 años.
- Que a la fecha de su solicitud, sea empleado activo de una Empresa, a través de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo, además que dicho contrato no tenga pactado un periodo de prueba

ni de capacitación inicial y de haberse pactado, se hayan concluido dichos periodos.

- Tener por lo menos 12 meses ininterrumpidos de trabajar en las condiciones antes descritas, lo cual, en caso de que la Compañía lo requiera, deberá acreditar con copias de los recibos de nómina de los últimos 12 meses; y
- Tener una antigüedad mínima de 6 meses en su empleo actual con la Empresa, situación que deberá acreditar mediante los recibos de nómina correspondientes, siempre y cuando no se haya pactado en el contrato laboral un periodo de prueba ni de capacitación, y de haberse pactado, haber transcurrido 3 meses de que concluyó dicho periodo.

Riesgos no cubiertos por la cobertura de Desempleo Involuntario (DES):

Esta Cobertura no ampara:

1. **Retiro voluntario del empleo.**
2. **Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
3. **Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**
4. **Pérdida del empleo por incapacidad, causada por lesiones autoinflingidas (independientemente del estado físico o mental del Asegurado).**
5. **Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.**
6. **A personas con empleo temporal.**
7. **A trabajadores independientes.**
8. **Pérdida de los ingresos originada por trastornos mentales o emocionales o por intoxicación o abuso de drogas.**
9. **Pérdida de ingresos derivada de la terminación del empleo como consecuencia de conductas impropias (actos prohibidos, abandono de tareas, comportamiento impropio, negligencia, falta de atención**

o cuidado), conducta criminal (comportamiento ilegal), deshonestidad, fraude o conflicto de intereses.

10. **Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).**
11. **Desempleo cuando el Asegurado hubiera tenido conocimiento de que se produciría su desempleo dentro de los noventa (90) días anteriores a la Fecha de Inicio de vigencia de la póliza.**
12. **El fallecimiento del Asegurado.**
13. **Por la suspensión temporal de la relación de trabajo, cualquiera que sea su causa.**

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

DEFINICIONES

Incapacidad Total Temporal: Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Incapacidad Total Temporal, la pérdida temporal de facultades o aptitudes que se sufrió por una enfermedad o accidente amparados y que impide al Asegurado el desempeño de su trabajo por un periodo de tiempo y siempre que la Incapacidad haya sido continúa durante el periodo de espera establecido.

Período de carencia: El período de carencia, es el periodo de 30 días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, para que el Asegurado se encuentre cubierto por la cobertura de Incapacidad Total Temporal.

Período de espera: Es el periodo de 30 días naturales que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra el evento cubierto por la cobertura que en términos contractuales origine el pago del Beneficio.

Padecimientos preexistentes: Son aquellos que antes del inicio de vigencia de la cobertura fueron diagnosticados por un médico o por otro medio reconocido de diagnóstico como son las pruebas de laboratorio o de gabinete, así mismo aquellas que previamente a la celebración del contrato provocaron un gasto para recibir un tratamiento.

RIESGO CUBIERTO

En caso de que el Asegurado, dentro de la vigencia de la póliza y una vez transcurrido el periodo de carencia respectivo, quede incapacitado total y temporalmente, la Compañía le pagará una vez transcurrido el periodo de espera, la suma asegurada contratada, misma que se señala en la carátula de la póliza.

El beneficio se hará efectivo siempre y cuando la Incapacidad Total Temporal ocurra después de haber transcurrido el Período de Carencia, y el Asegurado permanezca incapacitado total y temporalmente en forma continua durante el Período de Espera.

El beneficio de Incapacidad Total Temporal aplica únicamente para profesionistas independientes o personas con actividad independiente, que por su giro no son susceptibles del beneficio de la cobertura por desempleo involuntario.

REELEGIBILIDAD

Una vez que la Compañía haya completado el pago de este beneficio por la incapacidad total temporal de un Asegurado, éste podrá ser nuevamente elegible para esta cobertura adicional, después de haber transcurrido el período de espera de 30 días contados a partir de la fecha en que la Compañía haya concluido con la indemnización del pago del beneficio de esta cobertura y que se cumplan todos los siguientes requisitos:

1. Otorgar su solicitud para estar cubierto bajo esta cobertura.
2. Que su edad no sea menor que 18 años ni mayor que 60 años.
3. Que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde la fecha del pago del beneficio originado por la ocurrencia del Evento anterior.

EXCLUSIONES**Este beneficio no cubre:**

1. **La Incapacidad Total Temporal resultante de un intento de suicidio o de lesiones o enfermedades que se provoque intencionalmente el Asegurado.**
2. **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada**

se concluye que ocurrieron a consecuencia de encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol o de sustancias controladas no prescritas médicamente.

3. **La Incapacidad Total Temporal resultante de incidentes o catástrofes nucleares, actos de terrorismo en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o actos de guerra.**
4. **La Incapacidad Total Temporal resultante de actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
5. **La Incapacidad Total Temporal resultante de Padecimientos Preexistentes.**

PRUEBAS

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.

El Asegurado tiene la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, la Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía;

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de

enfermedades o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

AYUDA PARA DESEMPLEO E INCAPACIDAD

RIESGO CUBIERTO

Si la situación de Incapacidad total temporal del Asegurado persiste para el séptimo mes, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Si una vez que hayan transcurrido seis meses, la situación de desempleo del Asegurado persiste, en el séptimo mes la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, para este beneficio.

La cobertura de Desempleo Involuntario y la cobertura de Incapacidad Total Temporal son (mutuamente) excluyentes, por lo que la Compañía sólo pagará, en su caso, la primera reclamación ocurrida de cualquiera de estas dos coberturas.

CLÁUSULAS GENERALES

PROTECCIÓN

Es objeto de este contrato la cobertura básica y las coberturas adicionales estipuladas en la carátula de la póliza

CONTRATO

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título 5 Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. 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.

SUICIDIO

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

MONEDA

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

INMUTABILIDAD

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

VIGENCIA

La vigencia de este seguro comienza a las 12:00 horas de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza hasta las 12:00 horas de la fecha de vencimiento, también indicado en la carátula.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento y de dos años en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en los Artículos 82 y 84 de la misma Ley.

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

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

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

RENOVACIÓN

La renovación se efectuará de forma automática, salvo que el Asegurado comunique por escrito a la Compañía su deseo de no renovarla, lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento indicado en la póliza, **siempre y cuando la edad del Asegurado no exceda los 60 años a la**

fecha de la renovación.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado a la fecha de la renovación y de conformidad con la tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

NOTIFICACIONES

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

Es obligación del Contratante y Asegurado notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuvieran durante la vigencia de la póliza, ya que toda comunicación que la Compañía le haga al Contratante y/ o Asegurado, la dirigirá a la última dirección que de ellos tenga conocimiento y dicha notificación surtirá todos sus efectos legales. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

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.

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:

- 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.”

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.

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.

Toda notificación a la Compañía deberá realizarse por escrito y dirigirse a su domicilio social. El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier otra índole.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o 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).

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho a participación de utilidades.

VALORES GARANTIZADOS

Este contrato de seguro no otorga valores garantizados.

INFORMACIÓN DE COMISIÓN

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

ENTREGA DE PÓLIZA

La compañía se obliga a entregar un ejemplar de la póliza, de las condiciones generales y demás documentación contractual del seguro a través del medio señalado por el Contratante a la Compañía.

La entrega se efectuará en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

No obstante lo anterior, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en el portal de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx o en www.banorte.com o solicitarlas al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 01 800 500 25 00.

Al realizarse la contratación del seguro, la Compañía deberá proporcionar al contratante y/o asegurado:

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

Además la Compañía hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación, lo estipulado en esta cláusula.

CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este Contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitarlo por escrito a la Compañía o mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 0181 8156 4444, la cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado. De esta manera la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el período ya pagado. La fecha de vencimiento del último período pagado se determinará de acuerdo a la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

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

TERMINACIÓN Y/O CANCELACIÓN DEL CONTRATO

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

- Cuando a petición por escrito del Contratante, la Póliza no sea renovada.
- En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 61 años.
- Por cualquier otra causa estipulada dentro de las coberturas contratadas.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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

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

REHABILITACIÓN

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

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

La vigencia de la póliza será la originalmente pactada.

EDAD

EDAD REAL

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.

LÍMITES DE EDAD

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

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

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión (artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las edades de aceptación para cada una de las coberturas, se presentan en la siguiente tabla:

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

La cobertura será cancelada automáticamente, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 61 años.

PRIMAS

CLÁUSULA DE PAGO DE PRIMA

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

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

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 45 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza de referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Contratante liquidará la diferencia.

LUGAR DE PAGO

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán en la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente.

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

El Contratante y/o Asegurado Titular que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro "Descuento por Nómina" o "Domiciliación Bancaria" (cuenta de cheques, débito o crédito), tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se

haya realizado la retención o cargo de la Prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima correspondiente. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 01 800 500 25 00 para reportarlo. Si dentro de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la prima no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato.

Cabe señalar que el estado de cuenta del contratante donde aparezca el cargo correspondiente de la Prima del seguro contratado, hará prueba plena para acreditar el pago de la misma.

En caso de cancelación de este contrato de Seguro por instrucción expresa del Contratante, podrá proceder el cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de Cancelación por el “desfasamiento” del cobro de la prima correspondiente.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la póliza en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en este Contrato:

- I. Cancelación del instrumento bancario no notificado a la Compañía.
- II. Reposición(es) de tarjeta(s) de crédito no notificada(s) a la Compañía con diferente número de cuenta o tarjeta.
- III. Por rechazo bancario.
- IV. Falta de fondos o crédito.
- V. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo imputable al Contratante y/o Asegurado Titular.

SINIESTRO

AVISO DE SINIESTRO

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

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

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

INDEMNIZACIÓN

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda por las coberturas de Fallecimiento y Muerte Accidental. Las indemnizaciones que correspondan por las coberturas de desempleo involuntario, invalidez total por accidente y pérdidas orgánicas, se pagará directamente al Asegurado, siempre y cuando se encuentre con vida, en caso contrario se pagará a los beneficiarios designados.

En el supuesto en que la invalidez total por accidente le genere una incapacidad legal al Asegurado, el pago se hará al tutor designado en el juicio de interdicción correspondiente.

PRUEBAS

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

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

Información de los documentos que se deben presentar para el pago del Siniestro:

APOYO FUNERARIO POR FALLECIMIENTO

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original o copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado

- Original o copia Certificada del Acta de Nacimiento del (los) beneficiario (s).
- Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (original o copia certificada).
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la CURP del asegurado.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia de la caratula de la póliza.

MUERTE ACCIDENTAL

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, Formato 1 y 2 proporcionados por la Compañía.
- Original o copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado.
- Original o copia Certificada del Acta de Nacimiento del (los) beneficiario (s).
- Copia simple de la Identificación oficial, con foto y firma, de cada uno de los Beneficiarios.
- Copia simple del Comprobante de domicilio de cada Beneficios (no mayor a 3 meses, puede ser copia simple de recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Copia simple de la CURP de cada Beneficiario.
- Copia Certificada de las Actuaciones del Ministerio Público (Averiguación Previa que contenga cuando menos identificación del cadáver, autopsia o dispensa de esta, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera) y conclusiones del M.P.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia de la caratula de la póliza.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- Declaración de siniestro a la Compañía en los formatos que la misma proporcione.
- Original o copia certificada del Dictamen de Incapacidad Total

Temporal expedido por una Institución de Seguridad Social o, en su defecto, por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañado con los elementos probatorios necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Incapacidad Total Temporal.

- Original o copia de identificación oficial del Asegurado.
- Original o copia del Certificado de Seguro, sólo si lo tuviera.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- Original de Declaración de siniestro a la Aseguradora, en los formatos que ésta proporcione.
- Aviso de Privacidad (Formato proporcionado por la compañía)
- Copia simple de la Identificación oficial con foto y firma, del Asegurado.
- Copia simple de la CURP del asegurado.
- Original y copia para cotejo, de la liquidación (FINIQUITO) pagada al Asegurado por concepto de indemnización por despido, que contenga fecha de expedición y los importes desglosados por cada uno de los conceptos liquidados, el cual debe tener, ya sea la firma del representante y sello de la empresa o bien que el mismo esté en hoja membretada de la empresa y/o que incluya los datos de la persona de contacto en la empresa con quien se puede corroborar la información contenida en el FINIQUITO;
- En caso de no tener FINIQUITO, copia simple de la demanda interpuesta por el Asegurado de despido injustificado contra la empresa o copia certificada del laudo firme en el que la autoridad determine el despido injustificado.
- Copia simple de la baja del IMSS o ISSSTE.
- Copia simple de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al siniestro o en su defecto carta constancia expedida por la empresa y firmada por un representante legal en la cual se haga constar el periodo que laboró y el sueldo que percibía.
- En caso de tenerlo, el beneficiario deberá exhibir copia de la caratula de la póliza.

AYUDA POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD

- Baja del IMSS o de la dependencia la que pertenece, con sello y firma de RH según sea la institución.
- Original del certificado de Incapacidad.

PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía pagará, cuando proceda, las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, será deducida de la liquidación correspondiente.

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

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 **04 de enero de 2017**, con el número **CNSF-S0001-0856-2016/CONDUSEF-000819-01**

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