ÍNDICE

1. Beneficios cubiertos ..... Pág. 1
- 1.1 Muerte Accidental
- 1.2. Renta Mensual por accidente
- 1.3. Pérdidas Orgánicas a causa de accidente escala “A”
- 1.4. Tabla de Indemnización Escala “A”
- 1.5. Responsabilidad Máxima
- 1.6. Invalidez Total y Permanente a causa de accidente
- 1.7. Gastos Funerarios
- 1.8. Indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente

2. Definiciones ..... Pág. 2
- 2.1. Asegurado
- 2.2. Beneficiario
- 2.3. Accidente
- 2.4. Deducible
- 2.5. Pérdida Orgánica
- 2.6. Invalidez Total y Permanente
- 2.7. Condición médica preexistente
- 2.8. Hospital o Sanatorio
- 2.9. Indemnización Diaria
- 2.10. Hospitalización
- 2.11. Siniestro

3. Condiciones generales
- 3.1. Primas
- 3.2. Periodo de Gracia
- 3.3. Pagos

4. Cláusulas generales ..... Pág. 3
- 4.1. Contrato de seguro
- 4.2. Contenido de la póliza
- 4.3. Modificaciones
- 4.4. Plazo del Seguro
- 4.5. Notificaciones
- 4.6. Prescripción
- 4.7. Competencia
- 4.8. Moneda
- 4.9. Edad
- 4.10. Comisión o compensación directa
- 4.11. Renovación
- 4.12. Sumas aseguradas
- 4.13. Medios Electrónicos

5. Procedimientos ..... Pág. 4

5.1. Beneficiarios

5.2. Indemnización por Mora

5.3. Medios de Contratación

5.4. Entrega de Información

5.5 Cancelación y Medios de Cancelación

6. Procedimiento de Indemnización ..... Pág. 7

6.1. Pago del Seguro

6.2. Aviso

6.3. Pruebas

6.4. Delimitación de responsabilidad

7. Exclusiones ..... Pág. 8

8. Servicio de Asistencia Médica las 24 horas de los 365 días del año..... Pág. 9

9.Cláusulas de carácter general ..... Pág. 10

9.1. Cláusula General de Renovación

9.2. Cláusula General de Incentivos para la Venta y Retención

9.3. Cláusula Complementaria de Agravación del Riesgo

Al verificarse la eventualidad amparada por alguna de las coberturas que se indican en la carátula de póliza correspondiente, **Seguros Banamex, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex** denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el beneficio pactado para dicha cobertura, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y se satisfagan los requisitos estipulados.

1. BENEFICIOS CUBIERTOS.

1.1. Muerte accidental. Si como consecuencia del accidente cubierto sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere la muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada estipulado en la carátula de póliza para esta cobertura.

1.2. Renta mensual por accidente. La Compañía pagará el monto de esta cobertura en 12 rentas mensuales, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo.

Los pagos del beneficiario no hayan sido cubiertos, se liquidarán a sucesión legal del beneficiario en una sola exhibición, calculada como el valor presente, según las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.3. Pérdidas orgánicas a causa de accidente escala "A". Si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas enseguida, la Compañía pagará la proporción que se indica de la suma asegurada de esta cobertura:

1.4. Tabla de Indemnizaciones Escala "A". Pérdida de:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	**100%**
Una mano y un pie	**100%**
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	**100%**
Una mano o un pie	**50%**
La vista de un ojo	**30%**
El dedo pulgar de cualquier mano	**15%**
El dedo índice de cualquier mano	**10%**

1.5. Responsabilidad Máxima. La indemnización máxima que pagará la Compañía, ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

En cada aniversario de la póliza, la suma asegurada de esta cobertura específica se reinstalará de forma automática.

1.6. Invalidez Total y Permanente a causa de accidente. Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y hasta que concluya el año póliza en que el Asegurado cumpla los 59 años 11 meses de edad, éste sufre un estado de invalidez total y permanente, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada para esta cobertura.

1.7. Gastos funerarios. La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la presente póliza.

En caso de ocurrir el siniestro del Asegurado durante los primeros dos años de vigencia de la póliza, la Compañía sólo estará obligada a devolver la reserva matemática constituida con la prima pagada correspondiente por éste beneficio.

1.8. Indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente. La Compañía pagará la indemnización diaria por hospitalización estipulada, con un deducible de 3 días, si el Asegurado es hospitalizado en un Hospital o Sanatorio a causa de un Accidente que le ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

Si en la fecha de inicio de vigencia de la póliza el Asegurado se encuentra hospitalizado o en estado de invalidez, entonces esta cobertura entrará en vigor a partir de la fecha en que hayan transcurrido 31 días contados a partir de la fecha de alta del hospital o en la fecha en que haya cesado el estado de invalidez. Tratándose de renovaciones, dicho periodo no aplicará, salvo lo estipulado en los párrafos siguientes.

La Compañía pagará la indemnización Diaria por Hospitalización, por cada Accidente, durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, limitándose el período de beneficio a un máximo de 180 días.

En el caso de incurrir en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de beneficio de 180 días.

Agotada la cobertura mencionada en el párrafo anterior, ésta será rehabilitada habiendo transcurrido 12 meses de la fecha de alta de la última hospitalización. Las indemnizaciones se pagarán siempre y cuando la cobertura se encuentre en vigor al ocurrir el accidente.

El pago de esta cobertura se realizará a la finalización del periodo de hospitalización o semanalmente para los días no pagados, lo que resulte menor.

Si el Asegurado tuviere contratadas con la Compañía, varias coberturas de hospitalización, su responsabilidad por todas las coberturas de hospitalización se limitará como máximo al doble de la indemnización diaria establecida en la póliza que otorgue mayores beneficios.

2.DEFINICIONES.

2.1. Asegurado. Es la persona amparada bajo la cobertura de la presente póliza, y cuyo nombre se especifica en la póliza del seguro.

2.2. Beneficiario. Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro, a la muerte del Asegurado cuando ocurra la muerte accidental cubierta en esta póliza.

2.3. Accidente. Para efectos de este Contrato se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza, y que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2.4. Deducible. Es la cantidad de dinero a cargo del Asegurado, al ocurrir un evento cubierto por la póliza.

2.5. Pérdida orgánica. Por pérdida de un pie, una mano, o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

2.6. Invalidez total y permanente. Es la incapacidad que sufre el Asegurado, a consecuencia de un accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un período continuo de 6 meses.

También se consideran estados de invalidez total y permanente, sin que opere el período de espera de 6 meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos;
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo;
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies;
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo.
- La pérdida de una mano y de un pie;

2.7. Condición médica preexistente. Cualquier condición de salud por la cual el Asegurado haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.

2.8. Hospital o Sanatorio. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

2.9. Indemnización diaria. Monto pagadero por cada día de hospitalización.

2.10. Hospitalización. Internamiento del Asegurado en un Hospital o Sanatorio por diagnóstico, bajo el cuidado y atención de un médico, por un período mínimo de 24 horas continuas.

2.11. Siniestro. Evento cuya realización origine el pago de una indemnización por parte de la Compañía bajo los términos de esta póliza.

3. CONDICIONES GENERALES.

PRIMAS.

3.1. Primas. La prima es la que se estipula en la carátula de póliza del Seguro. La prima, o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado. **En cada fecha de renovación, la Compañía se reserva el derecho de modificar las primas, aplicando las que se encuentren registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

3.2. Período de Gracia. El Contratante gozará de un período de gracia de 60 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro del periodo de gracia mencionado, a la fecha de su vencimiento los efectos del Contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de ocurrir un siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe que se adeude de la prima anual, al importe de la suma asegurada que en caso se pague al beneficiario.

3.3. Pagos. El pago se realizará mediante cargos que realizará la Compañía de acuerdo con la periodicidad elegida por el Asegurado en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria que haya elegido el Asegurado. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía o abonando en la cuenta correspondiente que le indique esta última. Hasta en tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena del pago de primas.

Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria; falta de saldo o crédito disponible; o cualquier situación similar.

4. CLÁUSULAS GENERALES.

4.1. Contrato de Seguro. Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía, la póliza, las condiciones generales y los endosos adicionales que se agreguen forman parte y constituyen prueba de este contrato.

4.2. Contenido de la Póliza. “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).

4.3. Modificaciones. Cualquier modificación a esta póliza se hará previo acuerdo entre el Asegurado y la Compañía por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

4.4. Plazo del Seguro. El plazo del presente contrato será por períodos de un año siendo renovable automáticamente, salvo las situaciones estipuladas en el apartado de “Cancelación”.

4.5. Notificaciones. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la Compañía se harán al último domicilio que conozca del Asegurado.

4.6. Prescripción. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, 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 el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

4.7. Competencia. En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus Oficinas Centrales o en la Delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del Asegurado o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que les dio origen.

Así mismo será competente el Juez del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la Institución de Seguros ubicados en la Ciudad de México.

4.8. Moneda. Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional.

4.9. Edad. La edad mínima para contratar el presente seguro será de 18 años y la máxima ser de 69 años 11 meses. La edad máxima para pertenecer a este plan será de 70 años.

4.10. Comisión o compensación directa. Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución, 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.

4.11. Renovación. La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas indicadas en la carátula de la póliza, al vencimiento de la misma la Compañía renovará automáticamente por otro periodo de igual duración, bajo los mismos términos, límites y condiciones en que fue contratado. La renovación automática se entenderá tácitamente aceptada si alguna de las partes no se opone a ella en forma expresa por escrito dentro de los 30 días anteriores a la fecha en que inicie el nuevo periodo de vigencia.

4.12. Sumas aseguradas. En caso de que el Asegurado solicite pólizas adicionales del presente producto u otros productos del mismo ramo o incremento en Suma Asegurada por arriba de las establecidas, la Compañía se reserva el derecho de aceptar o no las pólizas adicionales o el aumento en Suma Asegurada sujeto a lo establecido en las políticas de suscripción vigentes de la Compañía. En caso de aumento en Suma Asegurada, éste se verá reflejado en el monto de la prima cobrada al Asegurado o Contratante, teniendo derecho a que se le emita una nueva carátula de póliza donde se establezca el aumento mencionado.

4.13. Medios Electrónicos. En términos del artículo 214, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y del Capítulo 4.10 de las disposiciones de la Circular Única de Seguros y de Fianzas, el Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos, que la Compañía ponga a su disposición y que se regulan en el documento denominado “Términos y Condiciones para uso de Página Web y Medios Electrónicos”, cuya versión vigente se encuentra disponible en la dirección electrónica www.segurosbanamex.com.mx/SB/documentos/Terminos_y_Condiciones_de_Medios_Electronicos.pdf

Para efectos de la presente cláusula, se entenderá como uso de medios electrónicos, a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamientos de datos, redes de telecomunicaciones, y sistemas de comunicación voz a voz, o host to host, para la celebración del Contrato de Seguros, operaciones de cualquier tipo relacionados con el Contratado de Seguros, prestación de servicios asegurados y cualquiera otro que se incluya en el documento denominado Términos y Condiciones para uso de Página Web y Medios Electrónicos, en sustitución a la firma autógrafa.

5. PROCEDIMIENTOS.

5.1. Beneficiarios. El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que éste contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

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 registrado, quedando liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios haciendo una designación irrevocable, y lo notifique al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza como lo previene la ley.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya designado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiario designado el importe del seguro se pagará a la Sucesión Legal del Asegurado, la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciere 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 sólo 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.

5.2. Indemnización por mora. En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

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, aún 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.

5.3. Medios de Contratación

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos o medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos. Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que la Aseguradora ponga a disposición del Asegurado.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

a. Teléfono

b. Correo

c. Internet

d. Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente, son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora.

Los términos y condiciones para el uso de los medios electrónicos y de identificación en sustitución de la firma autógrafa podrán ser consultados en www.segurosbanamex.com.mx/SB/documentos/Terminos_y_Condiciones_de_Medios_Electronicos.pdf

5.4. Entrega de Información.

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

1.- De manera personal al momento de contratar el Seguro.

2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en el caso del numeral 2, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 55 1226 8100 o al 1 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero, para que la Compañía le indique la manera de obtenerlas.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 55 1226 8100 o al 1 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza, no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

5.5. Cancelación y Medios de Cancelación.

1. Automática.

• Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.

• En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.

2. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito, presentándolo al módulo de atención de la Compañía donde después de ser identificado se le proporcionará el número de folio de su cancelación, y le será sellado el aviso. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la Compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el Asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

La devolución se estará entregando a la cuenta que se cobró dentro de los siguientes 30 días en que el cliente haya solicitado la cancelación.

3. El Asegurado podrá comunicarse a los siguientes teléfonos 55 1226 8100 o al 1 800 2262639 donde después de ser autentificado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

6. PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN.

6.1. Pago del seguro. La Compañía estará obligada a pagar el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

La Compañía pagará las indemnizaciones a los Beneficiarios designados previa la comprobación de la muerte del Asegurado deduciendo de la Suma Asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final de la póliza.

De conformidad con el art. 44 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a compensar de la suma asegurada la prima correspondiente del año póliza en que ocurrió el siniestro.

Las indemnizaciones que se originen por eventos distintos a la muerte accidental del Asegurado, serán pagadas al propio Asegurado.

6.2. Aviso. Cualquier evento que pueda originar una indemnización en los términos de esta póliza, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor en el que reclamante deberá dar aviso a la institución tan pronto como cese el impedimento.

6.3. Pruebas. Todas las indemnizaciones al amparo de esta póliza deberán ser reclamadas con las formas que para tal efecto proporcione la Compañía. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen. Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que solicite la Compañía relativas a la realización del siniestro.

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

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Compañía practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta póliza y de la realización del evento, ya sea el Asegurado o cualquier otro de los Beneficiarios quien haya incurrido en las conductas descritas.

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.

Información para el pago del Siniestro:

a. Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.

b. Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.

c. Acta de Defunción (copia certificada).

d. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada), o en su caso la Clave Única de Registro de Población (CURP).

e. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).

f. Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).

g. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).

h. Identificación Asegurado (solo en caso de que se encuentre en poder del beneficiario) y Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).

i. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

j. En caso de muerte accidental presentar actuaciones ante el Ministerio Público completas (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas)

k. Póliza original: En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

6.4. Delimitación de responsabilidad. Cualquier obligación a cargo de la Compañía de conformidad con lo estipulado en el presente Contrato, queda exclusivamente a cargo de Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex y de la siguiente forma: (i) con sus propios recursos; (ii) pagaderos únicamente en México, y (iii) en moneda nacional.

Es de su conocimiento que Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, no es una sucursal de Citigroup, Inc. o de ninguna de sus afiliadas o subsidiarias; así como que las obligaciones de Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, derivadas del presente Contrato serán única y exclusivamente a cargo de Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, en términos de las condiciones generales de la póliza y las leyes aplicables, incluyendo cualquier decreto, regulación, orden o acción gubernamental.

7. EXCLUSIONES

7.1 Exclusiones

Este contrato no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

a) Servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, rebelión o insurrección, conflicto o movimiento social armado.

b) La comisión de actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente el Asegurado, o riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador.

2. Accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:

c) Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

d) Conducción de motocicletas, motonetas y vehículos de motor similares.

e) Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte. Para efectos de la presente exclusión la práctica profesional de un deporte se entenderá como aquel que se dedica voluntariamente a la práctica y competición de un deporte y a cambio recibe una retribución.

f) Aviación privada.

3. Los siguientes eventos:

g) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, incluyendo suicidio sin importar el estado físico o mental del Asegurado.

h) La muerte del Asegurado cuando resulte de la participación directa de éste en actos delictivos de carácter intencional.

i) Accidentes que se originen debido a que el Asegurado estaba bajo los efectos de algún enervante, estimulante, o similares, excepto si fueron prescritos por un médico

j) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo la influencia del alcohol.

k) Envenenamiento, de cualquier origen o naturaleza, que no haya ocurrido en forma accidental.

l) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.

m) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

n) Enfermedad corporal o mental.

o) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el Accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, Sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.

p) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.

q) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.

7.2. Cláusula OFAC (Office Foreign Assets Control).

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado y/o el Contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, debiendo el Asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

Así mismo se incluye la siguiente exclusión en el apartado correspondiente.

Exclusión.

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

Las demás cláusulas del producto no sufren modificación alguna por lo que continúan con la misma fuerza y obligatoriedad legal.

8. Servicios de asistencias.

Los servicios de asistencia que se otorgan a través de este seguro son:

- Envío y pago de ambulancia. En caso de emergencia por accidente solo del Asegurado, se proporcionará el servicio de ambulancia terrestre, sin costo para el Asegurado, para trasladarlo al hospital más cercano y/o adecuado, en territorio nacional.

Dependiendo de las lesiones, se podrá utilizar ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias de cada caso, con máximo de dos (2) eventos durante la vigencia anual del contrato. Se considera emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

En caso de utilizar los servicios de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se reembolsarán los gastos efectuados hasta el monto que se hubiera pagado por un servicio similar en condiciones de distancia y características de la unidad en territorio mexicano.

Ambulancia aérea: En caso de que el **Asegurado**, requiera el servicio de ambulancia aérea, el proveedor apoyará a la Compañía en la gestión del servicio y le proporcionará el costo. El costo de este servicio deberá ser cubierto por el Asegurado, para que posteriormente trámite el reembolso de forma directa con la Compañía, bajo las condiciones de la póliza del seguro.

- Referencia de médicos y hospitales. A solicitud del Asegurado, se concertará cita con médicos generales y/o especialistas titulados o consultorio en un centro hospitalario de la red del proveedor en el país. Los honorarios de los médicos y costos hospitalarios correrán a cargo del Asegurado con costos preferenciales al utilizar la red.

  La responsabilidad de la Compañía se limita a concertar la cita, los gastos que se originen serán a cargo del beneficiario del servicio.

- Consulta médica telefónica: Atención telefónica de urgencias y/o padecimientos para el Asegurado o alguno de sus beneficiarios, la Compañía proporcionará contacto inmediato con médicos generales certificados y capacitados, quienes proporcionarán información, asesoría y orientación vía telefónica. Este beneficio se proporcionará sin límite de eventos, sin preexistencias y sin límite de edad durante el periodo de vigencia de la póliza de seguro.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.

Para hacer uso de estos servicios comunicarse a los siguientes teléfonos:

En la Ciudad de México: 55 1226 8100

Lada sin costo: 1 800 226 2639

El Asegurado deberá indicar:

- Nombre completo.
- Lugar donde se encuentra.
- Número de teléfono donde se le pueda contactar.
- Descripción del problema y tipo de ayuda que se precise.
- Los datos adicionales que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.

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 registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de mayo de 2022, con el número CNSF-S0050-0180-2022/CONDUSEF-005058-09.

9. Cláusulas de caracter general.

9.1 Cláusula general de renovación.

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas indicadas en la carátula de la póliza, al vencimiento de la misma la Compañía renovará automáticamente por otro periodo de igual duración, bajo los mismos términos, límites y condiciones en que fue contratado. La renovación automática se entenderá tácitamente aceptada si alguna de las partes no se opone a ella en forma expresa por escrito dentro de los 30 días anteriores a la fecha en que inicie el nuevo periodo de vigencia.

La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;

b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado, y

c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

En caso de que el producto cuente con una cláusula de renovación previa quedará sin efecto, aplicando esta nueva cláusula general. Los demás términos y condiciones generales de la póliza quedan vigentes y no sufren cambio alguno, por lo que subsisten con la misma fuerza y obligatoriedad legal que los que los mismos contienen.

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 11 de septiembre de 2024, con el número GEN-S0050-0046-2024/G-00854-002

9.2. Cláusula General de Incentivos para la Venta y Retención

La compañía en sus campañas de venta o retención de sus productos de seguros podrá ofrecer alguno(s) de los siguientes incentivos:

- Descuentos y bonificaciones de primas
- Monederos electrónicos
- Programas de Lealtad
- Cuponeras
- Premios en dinero
- Programas y puntos de recompensa
- Boletos de avión
- Viajes y noches de hotel
- Renta de vehículo
- Convivencia con figuras públicas

- Artículos Promocionales Boletos para el cine, teatro, eventos, conciertos, premiers, etc.
- Servicios de entrega de comida
- Experiencias para el cliente: Comidas, Catas de Vino, Talleres de Cocina, SPA
- Pláticas, Cursos, Talleres
- Regalos tales como: Gadgets, artículos electrónicos, kits de salud y belleza
- Servicios de consumo de plataformas digitales para audio y video
- Despensas, canastas, arcones.
- Rifas

La compañía dará a conocer mediante los materiales y medios de comunicación que utiliza habitualmente para promocionar sus productos, la campaña de incentivos que, en su caso, otorgará en la venta del producto en que aplique.
En el caso de retención, se le dará a conocer los incentivos, cuando se tenga el contacto con el cliente o a través de una campaña dirigida de comunicación.
Los incentivos descritos en la presente cláusula no tienen costo adicional para los asegurados.
Los demás términos, condiciones y exclusiones de la póliza no sufren afectación alguna.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de agosto de 2023, con el número CGEN-S0050-0064-2023 / G-01528-001.

9.3. Cláusula complementaria de agravación del riesgo.

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 legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, 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 algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Seguros Banamex S.A. de C.V. 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. Seguros Banamex S.A. de C.V 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.

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 01 de noviembre de 2024, con el número CGEN-S0050-0069-2024 / G-01662-002.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0180-2022/CONDUSEF-005058-09

- Para mayor detalle de las disposiciones legales referidas en este documento puede consultar:
  https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html
- Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas en:
  https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html
- Consulte coberturas y exclusiones de este producto en:
  https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Cd. de Méx., C.P. 03100, https://www.gob.mx/condusef
Tels. 55 5340 0999 y 1 800 999 8080 - asesoria@condusef.gob.mx

UNE Seguros Banamex: Moras 850, planta baja, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C. P. 03240, Cd. de Méx.,
Tel. 55 5062 6723 - sbaunecond@banamex.com

Seguros Banamex, S.A. de C.V., Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx.,
Tel., México: 55 1226 8100, Extranjero: 1 800 226 2639. Lunes a viernes 8:00 am a 8:00 pm - sábado de 8:00 am a 4:00 pm.