

ÍNDICE

1. Cláusulas Generales.....	Pág. 1
1.1. Cláusula 1ª. Objeto	
1.2. Cláusula 2ª. Contratante	
1.3. Cláusula 3ª. Contrato	
1.4. Cláusula 4ª. Plazo del Seguro	
1.5. Cláusula 5ª. Deudores Asegurados	
1.5.1. Grupo Asegurado	
1.6. Cláusula 6ª. Primas.....	Pág. 2
1.7. Cláusula 7ª. Moneda	
1.8. Cláusula 8ª. Notificaciones	
1.9. Cláusula 9ª. Suicidio	
1.10. Cláusula 10ª. Beneficiarios	
1.11. Cláusula 11ª. Comprobación del Siniestro	
1.12. Cláusula 12ª. Pago del Seguro	
1.13. Cláusula 13ª. Indemnización por Mora	
1.14. Cláusula 14ª. Modificaciones y Notificaciones	
1.15. Cláusula 15ª. Competencia	
1.16. Cláusula 16ª. Prescripción	
1.17. Cláusula 17ª. Edad.....	Pág. 4
1.18. Cláusula 18ª. Ingresos al Grupo Asegurado	
1.19. Cláusula 19ª. Terminación del Seguro respecto a cada Deudor Asegurado	
1.20. Cláusula 20ª. Rehabilitación.....	Pág. 5
1.21. Cláusula 21ª. Cambio de Contratante	
1.22. Cláusula 22ª. Regla para determinar la Suma Asegurada	
1.22.1. Saldo Insoluto del Crédito en Moneda Nacional (PESOS)	
1.22.2. Esquema de Pagos mínimos equivalentes a Rentas	
1.22.3. Créditos otorgados a Ex Empleados del Contratante	
1.22.4. Sumas Aseguradas especificadas en la Carátula	
1.23. Cláusula 23ª. Comisión o Compensación Directa	
1.24. Cláusula 24ª. Entrega de la Póliza	
1.25. Cláusula 25ª. Derecho de Asegurado y Causahabientes.	

**2. Beneficio de Pago Anticipado de la Suma Asegurada
por Invalidez Total y Permanente..... Pág. 6**

2.1. Cláusula 26ª. Vigencia

2.2. Cláusula 27ª. Invalidez

2.3. Cláusula 28ª. Beneficio

2.4. Cláusula 29ª. Pruebas

2.5. Cláusula 30ª. Padecimiento Preexistente

2.6. Cláusula 31ª. Exclusiones para el Beneficio de Invalidez Total y Permanente

**3. Cláusula 32ª. Transcripción de los Artículos
17, 18 y 21 del Reglamento del Seguro de Grupo..... Pág. 8****4. Cláusula 33ª. Obligación del Contratante de
proporcionar los datos de los Asegurados****5. Cláusulas de Carácter General**

Contenido de la Póliza (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“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”.

1. CONDICIONES GENERALES

1.1. CLÁUSULA 1ª. OBJETO. La compañía se obliga durante la vigencia de esta póliza y de acuerdo a la solicitud, a el(los) consentimiento(s) para ser asegurado(s) y a las demás declaraciones de este contrato de seguro a brindar a la(s) persona(s) que forman el grupo asegurado, la protección sobre la vida y en su caso cuando así sea contratado por la Invalidez Total y Permanente que en los términos y condiciones establecidos en esta póliza, garantizando a Banco Nacional de México, S.A., en su carácter de beneficiario irrevocable, el pago del saldo insoluto del contrato de crédito que tiene(n) celebrado con este, a cambio del pago de la prima correspondiente.

1.2. CLÁUSULA 2ª. CONTRATANTE. Es la persona que ha solicitado la celebración del contrato de seguro de grupo con la Compañía, y que se compromete a recabar la información y/o documentación necesaria para el aseguramiento a que se refiere la presente póliza, así como a enterar a la Compañía las cantidades de dinero que en concepto de primas recibe, en su caso, de las personas que conforman el Grupo asegurado.

1.3. CLÁUSULA 3ª. CONTRATO. Es el acuerdo de voluntades por medio del cual la Compañía de Seguros se obliga a cambio del pago de una prima, a pagar una suma asegurada de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el propio contrato.

La póliza, el registro de asegurados, la solicitud, el(los) consentimiento(s) para ser asegurado(s), el pago de la prima, los certificados individuales y cláusulas adicionales que se agreguen a través de endosos, así como cualquier otro documento en el que se utilice en la contratación, constituyen testimonio del contrato de seguro.

1.4. CLÁUSULA 4ª. PLAZO DEL SEGURO. Se entenderá que el plazo del seguro será de un año, el cual entra en vigor a partir de la fecha de expedición de la presente póliza o desde el momento en que el Contratante, tenga(n) conocimiento de la aceptación de su oferta, por parte de la Compañía.

1.5. CLÁUSULA 5ª. DEUDORES ASEGURADOS. El(Los) Asegurado(s) deberá(n) otorgar su consentimiento por escrito al Contratante antes o en el momento de la firma del contrato de crédito que celebre(n) con éste, para que en su defecto, contrate por su cuenta el seguro respectivo, quedando automáticamente asegurado desde el momento en que se efectúe la operación de crédito por la que resulte deudor.

La Compañía podrá no conceder el seguro por nuevos créditos otorgados por el Contratante, informándole a dicho Contratante por escrito con por lo menos treinta días de anticipación.

1.5.1. GRUPO ASEGURADO

La compañía pagará al beneficiario irrevocable el saldo insoluto del crédito en Moneda Nacional (PESOS) al verificarse la eventualidad prevista y en su caso contratada, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza y con el pago de las primas correspondientes, cuando el siniestro le ocurra a:

- El (Los) titular (es) del (os) crédito (s), hipotecarios otorgados para créditos nuevos o reestructurados en Moneda Nacional (PESOS).
- Cónyuges, Coacreditados y/o deudores solidarios de los créditos siempre y cuando estos, hayan comprobado ingresos.
- Deudores de créditos hipotecarios reestructurados en Moneda Nacional (PESOS), destinados a locales comerciales y oficinas.
- Miembros de dirección, alta gerencia activos o jubilados y ex-empleados de Banco Nacional México S.A. que reestructuren sus créditos hipotecarios bajo el esquema de Moneda Nacional (PESOS), no quedan amparados los coacreditados ni deudores solidarios.
- Solo a solicitud del contratante, los coacreditados y deudores solidarios de los créditos otorgados a ex- empleados de Banco Nacional de México, S.A. y que soliciten el seguro, deberán requisitar previamente el cuestionario médico respectivo.
- Créditos otorgados a asegurados de esta póliza, en caso de ser reestructurados quedarán automáticamente asegurados (bajo el esquema de reestructuración).
- Titular de créditos bajo el esquema de pagos mínimos equivalentes a rentas, operando para vida con el beneficio adicional de invalidez total y permanente.
- Deudores de créditos de financiamiento hipotecario que se traspasan a cartera vencida o se encuentren en juicio.

- Deudores de créditos hipotecarios otorgados bajo el esquema Evolución u otro esquema de financiamiento inmobiliario que previamente acuerden el Contratante y la Compañía.
- Deudores de créditos con garantía hipotecaria (individualización), quienes deberán llenar para poder ser asegurados el cuestionario médico que corresponda y seguir el procedimiento para su aceptación.

Las personas antes mencionadas deberán otorgar ante el Contratante su consentimiento para estar asegurado, de lo contrario no pertenecerán al Grupo.

1.6. CLÁUSULA 6ª. PRIMAS. El Contratante será el responsable ante la Compañía del entero de las cantidades de dinero que en concepto de primas reciba del Grupo asegurado, por cada uno de los participantes.

Las primas convenidas deberán pagarse en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente.

1.7. CLÁUSULA 7ª MONEDA. Todas las entregas de dinero relativos a este contrato por parte del Contratante o de la Compañía, deberán efectuarse en Moneda Nacional, en la fecha en que se realice el pago.

1.8. CLÁUSULA 8ª. NOTIFICACIONES. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social. Las que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que de ella conozca.

1.9. CLÁUSULA 9ª. SUICIDIO. En caso de muerte por suicidio del Asegurado ocurrido durante los dos primeros años de vigencia de que éste haya ingresado a la póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado físico o mental del Deudor Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

1.10. CLÁUSULA 10ª. BENEFICIARIOS. El Contratante es el beneficiario preferente e irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es el de garantizarle el pago de la suma asegurada contratada al ser procedente el pago del seguro.

1.11. CLÁUSULA 11ª. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO. La Compañía tiene derecho de solicitar al asegurado y/o al beneficiario de esta póliza toda clase de información y/o documentación que estén relacionados con el siniestro.

1.12. CLÁUSULA 12ª. PAGO DEL SEGURO. El importe del seguro se pagará al Contratante previa comprobación de la muerte o incapacidad total y permanente (si se contrató el beneficio) del Deudor Asegurado.

La Compañía estará obligada a pagar el importe del seguro dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido toda la información y/o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

1.13. CLÁUSULA 13ª. 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 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. 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, 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.

1.14. CLÁUSULA 14ª. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

1.15. CLÁUSULA 15ª. COMPETENCIA. En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los

Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

1.16. CLÁUSULA 16ª. PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años contados desde la fecha del acontecimiento que les dió origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por 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.

1.17. CLÁUSULA 17ª. EDAD. La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar a la Compañía. Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en el certificado respectivo y ya no podrá exigir nuevamente su comprobación o nuevas pruebas.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos al momento de formar parte del grupo asegurado.

Solamente pueden ser aseguradas las personas cuya edad se encuentre dentro de los límites fijados en la carátula de la póliza.

En caso de no mencionarse en dicha carátula el límite mínimo es de 18 (dieciocho) años y el máximo de 99 (noventa y nueve) años 11 (once) meses en el caso de seguro de vida y de 18 (dieciocho) años y el máximo de 74 (setenta y cuatro) años 11 (once) meses en el caso del beneficio de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.

Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1.- Que la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía:

- a) Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b) Si es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. En su caso las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado.
- c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta a la manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

2.- Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.18. CLÁUSULA 18ª. INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO. Los miembros que ingresen al grupo, quedarán asegurados, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad a que se refiere la presente póliza, hasta el máximo de la suma asegurada en Moneda Nacional.

1.19. CLÁUSULA 19ª. TERMINACIÓN DEL SEGURO RESPECTO A CADA DEUDOR ASEGURADO. La responsabilidad de la Compañía respecto a cada asegurado cesará cuando:

- a) Se haya pagado el crédito hipotecario.
- b) Se haya traspasado el crédito hipotecario con el consentimiento expreso del Banco. En estos casos el deudor sustituido, dejará de estar asegurado y el deudor sustituto podrá ingresar al grupo asegurado cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.
- c) Por falta de pago de primas.
- d) El pago de la indemnización correspondiente a alguno de los asegurados.
- e) A solicitud del Contratante.

1.20. CLÁUSULA 20ª. REHABILITACIÓN. En caso de que por falta de pago de primas, el contrato o los certificados emitidos durante su vigencia, cesarán sus efectos, el Asegurado podrá ingresar nuevamente al grupo asegurado, poniéndose al corriente en el pago de sus primas.

1.21. CLÁUSULA 21ª. CAMBIO DE CONTRATANTE. Cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. La aseguradora podrá, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida.

1.22. CLÁUSULA 22ª. REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA. Los Conceptos contemplados en la suma asegurada podrán ser los siguientes:

1.22.1. Saldo insoluto del crédito en Moneda Nacional (PESOS) al momento de la reclamación, registrado en cuentas de activo, el cual se integra de los siguientes rubros, mismos que dependiendo de su registro contable puede ser vigente o vencido:

- Saldo del crédito
- Intereses ordinarios
- Capital
- Margen diferido
- Actualización del margen diferido
- Importe de comisión
- Saldo del diferimiento
- Actualización del diferimiento
- Otros especificados en el certificado o carátula de la póliza

Es obligación del contratante considerar en el pago mensual de la prima los conceptos antes precisados, para cada uno de los participantes asegurados.

No se amparan en esta póliza:

- a) Intereses moratorios
- b) Gastos de cobranza
- c) Gastos de juicio
- d) Primas de seguros
- e) Cualquier concepto diferente al que expresamente se contempla en el contenido de la póliza.

1.22.2. Esquema de pagos mínimos equivalentes a rentas: La suma asegurada será el 65% del saldo adeudado del crédito, más un porcentaje estimado de inflación proyectado por los seis meses siguientes.

1.22.3. Créditos otorgados a ex empleados del Contratante: La suma asegurada será el saldo insoluto del crédito.

1.22.4. Sumas aseguradas especificadas en la carátula: Aquellas que se especifiquen expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado que tengan en garantía un bien inmueble.

1.23. CLÁUSULA 23ª. 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.

1.24. CLÁUSULA 24ª ENTREGA DE LA POLIZA. 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.

3.- A través de Fax, correo electrónico.

La compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, 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 en el D.F., o al 1 800 888 3676 para el resto de la República, 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 en el D.F., o al 1 800 888 3676 para el resto de la República. 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.

1.25. CLÁUSULA 25ª Derecho de Asegurado y Causahabientes. El asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

La Compañía se obliga a notificar al asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

Tanto el asegurado como beneficiarios están obligados a informar a la Compañía su domicilio, para que llegado el caso, esta, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

2. BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

2.1. CLÁUSULA 26ª. VIGENCIA. Este beneficio estará vigente mientras el deudor Asegurado no haya alcanzado la edad de 75 años o la especificada en la carátula de la póliza. Este beneficio opera únicamente si en la carátula de la póliza se estableció la leyenda de BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, de lo contrario dicho beneficio no fue contratado y por lo tanto no existe obligación de pago por parte de la Compañía.

2.2. CLÁUSULA 27ª. INVALIDEZ. Para efectos de este contrato se considerará que existe invalidez cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual un ingreso superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dió origen al mismo.

El Deudor Asegurado deberá acreditar a la Compañía su estado de Invalidez.

También se considerará Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable de la vista en ambos ojos, de las dos manos incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas) o de los dos pies incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas), o la pérdida conjunta de una mano completa y un pie, o una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no operará el período de espera.

Se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de la vista cuando la función del (los) ojo(s) es irreparable y absoluta, por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

Este beneficio está condicionado a que el Asegurado reciba antes y al momento de decretarse la invalidez total y permanente, ingresos permanentes por un trabajo remunerado y que no rebase los límites de edad establecidos en la carátula de la póliza. En caso de no mencionarse en dicha carátula el límite mínimo es 18 años y máximo hasta un día antes en que el deudor asegurado cumpla 75 años. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

La naturaleza del beneficio de invalidez total y permanente, consistirá en proteger los ingresos que normalmente y por producto de su trabajo percibe el Asegurado, en caso de que estos se reduzcan o dejen de percibirse. Por lo anterior este beneficio no opera si el Asegurado no tiene un decremento en sus ingresos o deja de percibirlos.

No se consideran como ingresos para efectos de este contrato, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa o cualquier otro de naturaleza similar en el cual el asegurado no vea mermado su ingreso por motivo de la invalidez cubierta en esta póliza.

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

2.3. CLÁUSULA 28ª. BENEFICIO. La Compañía conviene en pagar al beneficiario irrevocable la suma pactada, cuando el Asegurado haya quedado invalidado total y permanentemente, en los términos y condiciones descritos en la cláusula anterior.

Cuando la invalidez sea a consecuencia de cualquiera de las pérdidas orgánicas mencionadas anteriormente, el pago de la suma asegurada contratada será de inmediato, una vez comprobada ante la Compañía la pérdida orgánica mencionada.

El período de espera contemplado en el primer párrafo de la cláusula anterior no será necesario agotarlo, si con los elementos aportados la Compañía determina que el estado de invalidez del asegurado es irreversible. Así mismo el período de espera mencionado no procederá cuando la invalidez se derive de las pérdidas orgánicas establecidas en la cláusula anterior.

2.4. CLÁUSULA 29ª. PRUEBAS. Para que la Compañía conceda el beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente, también deberá acreditar que previo a la fecha de determinación de su estado de invalidez mantenía un trabajo remunerativo u ocupación de la que derivaba alguna utilidad pecuniaria, compatible con sus conocimientos y posición social. Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en el certificado.

2.5. CLÁUSULA 30ª. Padecimiento Preexistente. Se consideran padecimientos preexistentes aquellos que:

- Con anterioridad a la celebración del contrato de seguro se haya declarado la existencia de la enfermedad o padecimiento, mediante un diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o por medio de pruebas de laboratorio y/o gabinete y/o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
- Que previo a la celebración del contrato de seguro, se hayan realizado gastos, comprobables documentalmente y que dichos gastos hayan sido utilizados para recibir tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- Cuando la Compañía cuente con las pruebas documentales de que el asegurado haya realizado gastos para recibir un diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o padecimiento de que se trate, la Compañía tendrá el derecho de solicitar al asegurado los resultados y/o soporte del diagnóstico y/o tratamiento recibido y/o en su caso, el expediente médico o clínico, por lo que el asegurado estará obligado a entregarlos, para resolver la procedencia o no de su reclamación.

El reclamante podrá optar, en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía por motivo de padecimientos preexistentes, en acudir ante un arbitraje independiente.. El trámite de arbitraje será gratuito para el asegurado. Dicho arbitraje puede ser propuesto ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por lo que las bases del mismo, en su caso, las fijará dicha autoridad.

2.6. CLÁUSULA 31ª. EXCLUSIONES PARA EL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio deudor Asegurado.**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.**
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos cometidos por el propio deudor Asegurado.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el deudor Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de Compañía comercial autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el deudor Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional o amateur.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) Padecimientos Preexistentes.**

i) Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.

j) Accidentes o Lesiones que sufra el deudor Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de enervantes o drogas que no hayan sido prescritas por un médico, siempre que estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo.

3. CLÁUSULA 32ª . TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 17, 18 Y 21 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

4. CLÁUSULA 33ª. Obligación del Contratante de proporcionar los datos de los asegurados. El contratante entregará a la Compañía una relación del registro de asegurados, a través de cualquier medio, la cual deberá contener cuando menos por crédito el nombre(s) del(os) participante(s), edad(es) o R.F.C. o fecha de nacimiento del(os) participante(s), fecha de otorgamiento del crédito, suma asegurada, importe de la prima (separada por beneficio base y en su caso por los beneficio(s) adicional(es) opcional(es)) y número de crédito.

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 28 de Octubre de 2015, con el número CNSF-S0050-0494-2015 / CONDUSEF-000858-08.

5. CLÁUSULAS DE CARÁCTER GENERAL.

CLÁUSULA GENERAL.

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 período de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el período 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 esta 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.

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 05 de octubre de 2010, con el número CGEN-S0050-0170-2010/G-00406-001.

CLÁUSULA DE 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.
- 3.- A través de Fax, correo electrónico.

La compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, 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.

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 20 de junio de 2016 con el número CGEN-S0050-0100-2016/G-00443-001.

CLÁUSULA DE REFERENCIA DF A CDMX.

En los productos concernientes donde en la Documentación Contractual se haga referencia al Distrito Federal (DF) se deberá entender como hecha a la Ciudad de México (CDMX).

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0050-0192-2016/G-00434-003.

CLÁUSULA DE PERÍODO DE GRACIA.

El Contratante gozará de un período de gracia de 75 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 período 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.

Cualquier disposición de las condiciones generales de la póliza que se contraponga al término establecido en la presente cláusula, queda sin efectos y prevalece lo establecido en la presente cláusula.

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 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 05 de noviembre de 2013, con el número CGEN-S0050-0228-2013/G-00415-001.

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 período 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 período 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 períodos 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.

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 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de septiembre de 2024, con el número CGEN-S0050-0053-2024/G-00853-002.

CLÁUSULA 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. Fax
- e. 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

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de junio de 2017, con el número RESP-S0050- 0044-2017/G-00850-001.

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 opción 2 o al 1 800 2262639 donde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

Esta cláusula no reemplaza a la cláusula de cancelación incluida en las Condiciones Generales del producto, solo complementa a la misma.

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 12 de diciembre de 2017 con el número CGEN-S0050-0150-2017/G-00915-003.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0494-2015/CONDUSEF-000858-08

- 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-Ligados-a-Productos-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