



ASUNTO: METODOS DE PAGO

SEGUROS BANORTE S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE PONE A SU DISPOSICION LA SIGUIENTE CUENTA CONCENTRADORA PARA PODER REALIZAR EL PAGO DE SU POLIZA DE SEGURO MEDIANTE TRANSFERENCIA

Datos de la cuenta:

Nombre: Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte

Banco: Banorte

Clabe: 072 580 00185454540 4

Cuenta Banorte: 0185454540

ATENTAMENTE

SEGUROS BANORTE S.A. DE C.V.

**SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE**  
**Hidalgo Pte 250 Centro , Nuevo Leon C.P. 64000**  
**R.F.C. SBG971124PL2**

Serie recibo: 1/1	Oficina:
Fecha límite de pago: 2021-12-31	
Régimen fiscal: 601 - General de Ley Personas Morales	
Lugar y fecha de expedición: 2021-12-02T15:34:16 64000 Monterrey Nuevo Leon	
Clave de confirmación:	

Factura
CA 37496896

Contratante: TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA	R.F.C.: TES990909567
Calle y número: CARR. IXTAPALUCA A COATEPEC KM 7 .	
Colonia: COATEPEC	C.P.: 56580
Estado: MEXICO MEXICO	Municipio: IXTAPALCA
	Residencia Fiscal: MEXICO

Póliza: 3004	Folio recibo: 1	Ramo: 300
Forma de pago póliza: 03	Periodo Cubierto: 26/11/2021 12:00:00 A. M. 26/11/2022 12:00:00 A. M.	
Agente: /SEGUTECA/AGENTE DE/SEGUROS/Y DE FIANZAS	Clave Agente: 17655	
Plan:		
Forma de Pago: 03 - Transferencia electrónica de fondos	Método de pago: PUE - Pago en una sola exhibición	
Moneda: MXN - Peso Mexicano	Uso CFDI: G03 - Gastos en general	

Cantidad	Unidad	Clave del Producto	Descripción	Valor Unitario	Descuento	Importe del impuesto	Importe												
1	E48	84131601	PRIMA. RECIBO:1	\$106034.48		\$16965.52	\$106034.48												
			<table border="1"> <tr> <td>Base</td> <td>Impuestp</td> <td>Tipo/Factor</td> <td>Tasa O Cuota</td> <td>Importe</td> <td>Tipo de impues</td> </tr> <tr> <td>106034.4</td> <td>IVA</td> <td>Tasa</td> <td>0.16</td> <td>16965.52</td> <td>Traslado</td> </tr> </table>	Base	Impuestp	Tipo/Factor	Tasa O Cuota	Importe	Tipo de impues	106034.4	IVA	Tasa	0.16	16965.52	Traslado				
Base	Impuestp	Tipo/Factor	Tasa O Cuota	Importe	Tipo de impues														
106034.4	IVA	Tasa	0.16	16965.52	Traslado														

Importe con letra: (CIENTO VEINTITRES MIL PESOS 00/100 MXN)

Observaciones:

SUB-TOTAL	\$106,034.48
DESCUENTO	\$
IMPUESTO (IVA)	\$16,965.52
TOTAL	\$123,000.00

<b>Versión, hora y fecha de timbrado:</b>
1.1 2021-12-02T15:34:18

<b>Sello digital del CFDI:</b>
Lm9Y1Vkw/KKjQhVxeBbSvUslx43OKpgCXZw0TXI7gPxGCL800fJuXDVVDDNGL0r813OGynkSdukuSVSAHgS OO6wgQzm7ow3SVnOavVy74qRqZINBXLGoOIG8qx3hBaG0T0gFD+/hkd/LH1KBxEI2XWuILcZmfJTFK04TY2h YnZ0Z/m7qBbj17W1ju5VDnUJHulbuGUnheX77j5TIVur6UTpyrRQg5vNYuZ41ziCIZTexAQOx+O6q/Om+id9O AfXJQ84aXUMHk9Rc3D0cNwD0iMPC2n6P+b34hHGtuLUI74WUwa3q0JBkWK/HcJIGSGOTCK35QMEAVS/U 4/outbtg==

<b>No. Certificado:</b>
00001000000410181776

<b>Sello del SAT:</b>
UCWsoM9/xIQIWIWHS7wuGuWIS5q5gndXjN34R8TIHfVpVx8dBRHydaBxY/T7r58bFD485d6aj5cxcU9ghHZ0c sEqsRfluxzcSFH1IQFINcA5FeDiFNcamY+p+3hCtiGis5UqcEL5X+2y3e99+8x03GcZQsgqHrV+gPnORwNIR +PH6Rjhrs00X3ZyvsG8tx2713azToZy8t60A69Z9qKv4CPsDVGIVVFA70HOWAHhU/MeNcJWzF3PhrPOEBxl YhoQvY/k8seK3zw++CNqWQF4wipp07OQ1YttrIdAOc6z1eKn6/L+VzICSFgubgJfeCA9ouHJBhUZAjNk7Sdw ==

<b>Folio fiscal:</b>
3B8AD637-2B77-4530-B4BD-45E6ACA7 7A7F



<b>Cadena original:</b>
1.1 3B8AD637-2B77-4530-B4BD-45E6ACA77A7F 2021-12-02T15:34:18 DET080304395 Lm9Y1Vkw/KKjQhV xeBbSvUslx43OKpgCXZw0TXI7gPxGCL800fJuXDVVDDNGL0r813OGynkSdukuSVSAHgSOO6wgQzm7ow3 SVnOavVy74qRqZINBXLGoOIG8qx3hBaG0T0gFD+/hkd/LH1KBxEI2XWuILcZmfJTFK04TY2hYnZ0Z/m7qBbj 17W1ju5VDnUJHulbuGUnheX77j5TIVur6UTpyrRQg5vNYuZ41ziCIZTexAQOx+O6q/Om+id9OAFXJQ84aXUM Hk9Rc3D0cNwD0iMPC2n6P+b34hHGtuLUI74WUwa3q0JBkWK/HcJIGSGOTCK35QMEAVS/U4/outbtg== 00

<b>No. de serie del certificado SAT:</b>
00001000000503726537

CLAVE DE AGENTE / FUNCIONARIO 017655	NOMBRE DEL AGENTE / FUNCIONARIO
---	---------------------------------

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Sucursal MATRIZ	Ramo 30065	Póliza 0003004
--------------------	---------------	-------------------

Fecha de Emisión	Vigencia de la Póliza			Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	26	11	2021	26	11	2021	26	11	2022

**DATOS DEL CONTRATANTE**

TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA  
CARR. IXTAPALUCA A COATEPEC KM 7 . .  
COATEPEC  
IXTAPALUCA C.P.56580  
EDO. MEXICO

Contribución al pago de prima:

Nombre de la colectividad asegurada:

No. total de asegurados: 1500

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADA CONTRATADAS**

ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS.  
5477754  
MUERTE ACCIDENTAL ESCOLARES  
PERDIDAS ORGANICAS A ESCOLAR C  
REEMBOLSO DE GMM ESCOLAR C  
MUERTE ACCIDENTAL TUTOR E C  
AYUDA PSICOLOGICA POR VIOLACIO  
AYUDA PSICOLOGICA POR P.O

Endosos que se anexan y forman parte de esta póliza  
ENDOSO DE ACCIDENTES PERSONALES COL  
ENDOSO DE ACCIDENTES PERSONALES COL  
ENDOSO DE TABULADOR ACCIDENTES PERS

**ARTÍCULO 202.-** Para el caso de 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.

**Seguros Banorte S.A. de C.V.** pagará los beneficios convenidos en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo estipulado en esta póliza y en sus condiciones generales, siempre y cuando la misma se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

Forman parte integrante del contrato de seguro: la solicitud, los consentimientos individuales, la póliza, los endosos y cláusulas adicionales, los certificados individuales y el registro de asegurados.

<b>Suma Asegurada Total</b> 390,780,000	<b>Forma de Pago</b> INDICADA EN SUBGRUPO	<b>Clave de Agente</b> 017655	<b>Moneda</b> NACIONAL	
<b>Prima Neta</b> 106,034.48	<b>Financiamiento por Pago Fraccionado</b> 0.0	<b>Gastos de Expedición</b> 0.0	<b>I.V.A</b> 16965.52	<b>Prima Total</b> 123,000.00

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 noviembre de 2016, con el número CNSF-S0001-0744-2016/CONDUSEF-000938-02.

**Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE**, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., R.F.C. SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro. Consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx).

La documentación contractual le será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado. No obstante lo anterior, se le invita a que las mismas puedan ser consultadas o descargadas en cualquier momento en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com), también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 01 800 837 1133, mediante ellas podrá conocer entre otros aspectos las consecuencias de la rehabilitación y cancelación, la vigencia del producto, así como las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

Se incluye el teléfono de atención para diversos tramites: 01 800 837 1133 en un horario de lunes a domingo de 8:00 a 22:00 horas.

*La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)*

MEXICO, CDMX A 01 DE DICIEMBRE DE 2021.

Lugar y fecha



---

**Seguros Banorte S.A. de C.V.**

Hidalgo No 250 Pte. Col. Centro C.P. 64000  
Monterrey, Nuevo León R.F.C. SBG971124PL2  
[www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com). o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

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 noviembre de 2016, con el número CNSF-S0001-0744-2016/CONDUSEF-000938-02.



En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro Centro de Atención 01 800 837 1133 disponible de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas.

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc Ciudad de México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas.

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Ramo 30065	Póliza 0003004-0000001	Vigencia del Seguro					
Certificado No. 0000000000001		Desde			Hasta		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		26	11	2021	26	11	2022
Nombre del Contratante: TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA							
Domicilio del Contratante:							
Nombre del Asegurado: ASEGURADO MODELO .							
Sexo: MASCULINO				Estado Civil: -NOV-19			
01	01	2001	00	00	0000	Puesto u ocupación	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Fecha de Nacimiento			Fecha de ingreso a la colectividad				

**CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA**

**REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA**

REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA.  
 \$260,000.00 PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COBERTURAS: MA Y POA.  
 \$25,000.00 PARA LA COBERTURA MAT.  
 \$15,000.00 PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COBERTURAS: APV Y APPO.

Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima: \_\_\_\_\_

**COBERTURAS**

MUERTE ACCIDENTAL ESCOLARES AMPARADA AYUDA  
 PERDIDAS ORGANICAS A ESCOLAR C AMPARADA  
 REEMBOLSO DE GMM ESCOLAR C AMPARADA  
 MUERTE ACCIDENTAL TUTOR E C AMPARADA

**BENEFICIARIOS**

Nombre Completo	Parentesco*	Porcentaje (%)

\* Para efectos de información  
 Los beneficiarios designados en esta sección serán tomados en cuenta, solo en caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia del riesgo cubierto.

**Advertencia:** En 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 por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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 hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quién 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.

**Seguros Banorte S.A. de C.V.** pagará los beneficios convenidos en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo estipulado en esta póliza y en sus condiciones generales, siempre y cuando la misma se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La documentación contractual le será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado. No obstante lo anterior, se le invita a que las mismas puedan ser consultadas o descargadas en cualquier momento en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx), también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico , mediante ellas podrá conocer entre otros aspectos las consecuencias de la rehabilitación y cancelación, la vigencia del producto, así como las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

**Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE,** con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro C.P. 64000, Monterrey N.L. R.F.C. SBG971124PL2 utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro. Consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx).

Clave de agente / funcionario \_\_\_\_\_  
Nombre del agente o funcionario \_\_\_\_\_



**SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V.**

Hidalgo No. 250 Pte. Col. Centro C.P. 64000  
Monterrey, Nuevo León R.F.C. SBG971124PL2  
[www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

*La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)*

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com). o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

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

**SEGURO AP ESCOLAR**  
**Principales Condiciones Generales**

**COBERTURA:**

**Muerte Accidental (MA) y Gastos de Sepelio**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada (para Gasto de Sepelio esta no excederá los 60SMMGVDF) para este beneficio si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

**Riesgos No Cubiertos por las Coberturas de Muerte y/o Gastos de Sepelio.**

**1. Accidentes originados por:**

- a. Participación del Asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
- b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- d. Riña cuando el asegurado la haya provocado.
- f. Motociclismo

**2. Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**

**3. Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**

**4. Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.**

**5. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

**6. Muerte ocurrida por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.**

**7. Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**

**8. Accidente ocurrido cuando el asegurado se encuentre con algún trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.**

**9. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**

**10. La muerte que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

**Cancelación**

Estas coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, tratándose de la Cobertura de Muerte Accidental; o de 12 años para el caso de la cobertura de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental, en este último supuesto, el Asegurado mayor de 12 años quedará amparado en la Cobertura de Muerte Accidental.
3. Cuando el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

**NOTA:**

Las coberturas adicionales que se integren a la cobertura de Muerte Accidental (MA), indicadas en este certificado, se encuentran definidas en la Documentación Contractual entregada al contratante, mismas que estarán a disposición del Asegurado solicitándolas al Centro de atención 01 800 837 1133.

**Prescripción**

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



No obstante lo señalado en el párrafo anterior, deberá observarse, en los casos que así corresponda, lo estipulado en el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

### **Competencia**

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

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

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

### **Interés Moratorio**

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 calculado de acuerdo a lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

### **Periodo de Espera**

Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días naturales posteriores a la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima total de miembros de la colectividad correspondiente a los treinta días de espera.

### **Transcripción Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen a la 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 de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada 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 de la Colectividad asegurada, 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 19.-** En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

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

## CONSENTIMIENTO SEGURO DE AP COLECTIVO A.P. ESCOLAR EXP PROPIA

### DATOS DE LA PÓLIZA

Ramo 30065	Póliza 0003004-0000001	Vigencia del Seguro					
		Desde			Hasta		
Certificado No. 0000000000001		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		26	11	2021	26	11	2022
Nombre del Contratante: TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA							
Domicilio del Contratante:							
Nombre del Asegurado: ASEGURADO MODELO .							
Sexo: MASCULINO				Estado Civil:			
01 Día	01 Mes	2001 Año	00 Día	00 Mes	0000 Año	Puesto u ocupación	
Fecha de Nacimiento			Fecha de ingreso a la colectividad				

### REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA

REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA.  
 \$260,000.00 PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COBERTURAS: MA Y POA.  
 \$25,000.00 PARA LA COBERTURA MAT.  
 \$15,000.00 PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COBERTURAS: APV Y APPO.

### CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima:

### CUESTIONARIO

	Sí	No
1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedades del corazón, hipertensión arterial, venas, arterias, pulmones, sistema nervioso, cerebro, esófago, estómago, riñones, hígado, vesícula biliar, próstata, convulsiones, parálisis, paraplejía, cáncer, tumores, diabetes, o en general alguna enfermedad, afección o lesión grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que implique hospitalización de más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le ha diagnosticado SIDA o es portador del virus de inmunodeficiencia humana adquirida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se le ha dictaminado médicamente incapacidad total y permanente o invalidez total y permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ¿Mas de 7cajetillas a la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Es usted : Albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero, piloto fumigador, guardaespaldas, minero, chofer de transporte foráneo; o por su ocupación esta expuesto a: sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada (relacionada con la construcción o la minería)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, torero, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta?, entendiéndose como tal a la persona que desempeña o ha desempeñado por lo menos en el último año, funciones públicas destacadas en un país extranjero en territorio nacional. Se asimilan a las Personas Políticamente Expuestas el cónyuge, concubina (o) y las personas con las que mantengan parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las personas morales con las que la Persona Políticamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Importante:** Conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere este Consentimiento, tal y como los conozco o debiera conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven del certificado que se expida basada en las declaraciones anteriores.

Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del contrato de seguro, recibiendo a cambio los beneficios que se derivan del mismo.

Hago constar, que me he enterado detenidamente de las condiciones generales que se anexan a la póliza que en su caso expida Seguros Banorte, S.A. de C.V., que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como Asegurado.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado, para estudios, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcione a Seguros Banorte, S.A. de C.V. toda la información que se requiera tal como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historial clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para evaluación correcta de mi estado de salud o enfermedades anteriores, en relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información.

## COBERTURAS

MUERTE ACCIDENTAL ESCOLARES AMPARADA AYUDA  
PERDIDAS ORGANICAS A ESCOLAR C AMPARADA  
REEMBOLSO DE GMM ESCOLAR C AMPARADA  
MUERTE ACCIDENTAL TUTOR E C AMPARADA

## BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco*	Porcentaje(%)

\* Para efectos de identificación

Los beneficiarios designados en esta sección serán tomados en cuenta, solo en caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia del riesgo cubierto.

**Advertencia:** En 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 por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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 hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso 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.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales, que se anexan y que forman parte del contrato de seguro solicitado, en las cuales se establecen las limitaciones y exclusiones que se aplican al mismo; que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como solicitante. Así mismo manifiesto se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de Internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx), solicitarlas al asesor o a la Compañía en el número telefónico

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte, S.A., de C.V. por el contratante, otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada:

En documentos impresos \_\_\_\_\_ Por medios electrónicos \_\_\_\_\_

En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Solicitante y en su momento Contratante de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico \_\_\_\_\_.

Seguros Banorte S.A. de C.V. pagará los beneficios convenidos en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo estipulado en esta póliza y en sus condiciones generales, siempre y cuando la misma se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

**Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE**, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro C.P. 64000, Monterrey, N.L. R.F.C. SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx).

Clave de agente / funcionario \_\_\_\_\_

Nombre del agente o funcionario \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

*La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx).*

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com). o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoría@condusef.gob.mx](mailto:asesoría@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día

Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Hidalgo No.250 Pte. Col. Centro C.P. 64000  
Monterrey, Nuevo León  
R.F.C. SBG971124PL2

(POLASER3)  
PROC.: 21/11/29  
HORA : 15:46:24

SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V.  
SISTEMA INT.GPO.,COLEC.Y ACCS.Y ENFERMS.  
REPORTE: DETALLE DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS (POR NOMBRE DE ASEGURADO)

HOJA : 1  
CIERRE: 21/12/01

Nombre	Numero de Asegurado	Cve. Par.	Alta al Seguro	Edad	Sexo	Cve. Fuma	Nombre Suma Aseg.	Coberturas Prima Anual	Prima Total	
-Contratante : TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA										
-Ramo/Subramo: 30065, No.Poliza: 0003004, Status: EN VIGOR , Subgrupo: 1, Categoria: 1.										
-ASEGURADO MODELO .	0000000000001	TIT.	1191126	20	MASC.	NO	BASIC	260,000	14.43	14.43
							PO A	260,000	.26	.26
							RGMA	130,000	54.35	54.35
							MA T	25,000	1.65	1.65
							APV	15,000	.00	.00
							APPO	15,000	.00	.00
-TOTAL POR CATEGORIA. (REGISTROS: 1)										
							+----- Resumen de Coberturas -----+			
							BASIC	390,780,000	21,688.29	21,688.29
							PO A	390,780,000	390.78	390.78
							RGMA	195,390,000	81,688.05	81,688.05
							MA T	37,575,000	2,479.95	2,479.95
							APV	22,545,000	.00	.00
							APPO	22,545,000	.00	.00
							Prima Total	:	106,034.48	
							Prima Descontada	:	.00	
							=====			
							T O T A L	:	106,034.48	
-TOTAL POR SUBGRUPO. (REGISTROS: 1)										
							+----- Resumen de Coberturas -----+			
							BASIC	390,780,000	21,688.29	21,688.29
							PO A	390,780,000	390.78	390.78
							RGMA	195,390,000	81,688.05	81,688.05
							MA T	37,575,000	2,479.95	2,479.95
							APV	22,545,000	.00	.00
							APPO	22,545,000	.00	.00
							Prima Total	:	106,034.48	
							Prima Descontada	:	.00	
							Prima de Ajuste	:	.00	
							=====			
							T O T A L	:	106,034.48	
-TOTAL POR POLIZA. (REGISTROS: 1)										
							+----- Resumen de Coberturas -----+			
							BASIC	390,780,000	21,688.29	21,688.29
							PO A	390,780,000	390.78	390.78
							RGMA	195,390,000	81,688.05	81,688.05
							MA T	37,575,000	2,479.95	2,479.95
							APV	22,545,000	.00	.00
							APPO	22,545,000	.00	.00

REPORTE: DETALLE DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS (POR NOMBRE DE ASEGURADO)

HOJA: 1

Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
 Hidalgo No.250 Pte. Col. Centro C.P. 64000  
 Monterrey, Nuevo León  
 R.F.C. SBG971124PL2

(POLASER3)  
 PROC.: 21/11/29  
 HORA : 15:46:24

SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V.  
 SISTEMA INT.GPO.,COLEC.Y ACCS.Y ENFERMS.  
 REPORTE: DETALLE DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS (POR NOMBRE DE ASEGURADO)

HOJA : 2  
 CIERRE: 21/12/01

Nombre	Numero de Asegurado	Cve. Par.	Alta al Seguro	Edad Sexo	Cve. Fuma	Nombre Suma Aseg.	Coberturas	Prima Anual	Prima Total
--------	---------------------	-----------	----------------	-----------	-----------	-------------------	------------	-------------	-------------

-Contratante : TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA

-Ramo/Subramo: 30065, No.Poliza: 0003004, Status: EN VIGOR , Subgrupo: 1, Categoria: 1.

Prima Total	:	106,034.48
Prima Descontada	:	.00
Prima de Ajuste	:	.00
=====		
T O T A L	:	106,034.48

E