

PÓLIZA NO.		PÓLIZA ANTERIOR		OFICINA		SOLICITUD	
DATOS DEL CONTRATANTE							
Nombre o Razón Social:							
Calle y Número:						RFC:	
Población/Municipio:						Código Postal:	
Colonia:						Estado:	
Correo Electrónico:						Teléfono:	
DATOS DEL ASEGURADO							
Nombre del Asegurado:							
Calle y Número:						Código Postal:	
Población/Municipio:						Estado:	
Colonia:						Teléfono:	
Correo Electrónico:							
DATOS DEL BIEN ASEGURADO							
Calle y Número:						Código Postal:	
Población/Municipio:						Estado:	
Colonia:						Teléfono:	
DATOS DE LA POLIZA							
Producto:		Plan:		Fecha de Emisión:			
Vigencia				Moneda:			
A las 12 hrs desde:		hasta a las 12 hrs:		Forma de Pago:			
Prima Neta	Monto Financiamiento Pago Fraccionado	Gastos de Expedición	I.V.A	Prima Total	Prima primer pago	Prima pagos sucesivos	
Seguros Banorte S.A de C.V. (Que en lo sucesivo se llamará compañía) asegura de conformidad con las condiciones de esta póliza y durante la vigencia establecida, contra los riesgos y sumas aseguradas que más adelante aparecen.							
DATOS DE LAS COBERTURAS							
SECCIÓN/COBERTURAS				SUMAS ASEGURADAS	DEDUCIBLES	PRIMA NETA	
S.E.A = Según Especificación Anexa (S) = Sublímite							

Artículo 25 de la Ley sobre el contrato de Seguros: 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 se reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P.64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.mx.

La designación de beneficiario a favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagara al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos al acreditante, según corresponda. El acreditado asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro, el importe del saldo insoluto por el seguro más sus accesorios. El asegurador se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir 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 el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto. El acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio al asegurado para que éste llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente. En caso de que la modalidad sea a Saldo Insoluto, no aplica la tabla de beneficiarios ni la especificación anterior.

Mediante este certificado otorgo mi consentimiento, para ser asegurado en la Póliza de Incendio contratada por BANCO MERCANTIL DEL NORTE S. A. Para los efectos del artículo 109 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se hace constar que BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S. A. en su calidad de acreedor hipotecario preferente tiene interés asegurable en los bienes o de seguro, hasta por el saldo insoluto que se le adeude por el crédito que me haya otorgado. En su caso, el remanente de la indemnización será aplicado a mi favor.

La prima neta impresa, es el monto a pagar durante la vigencia expresada en la presente. Esta póliza será renovable sin cancelación hasta la amortización total del crédito contratado, a menos que BANCO MERCANTIL DEL NORTE S. A. de su consentimiento para la inhabilitación de la misma. Para cualquier aclaración o duda no resueltas 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, Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P.03100, Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

La Póliza, el Certificado y las Condiciones Generales, le serán entregados dentro de los siguientes 30 días posteriores a la contratación. Sin embargo, podrá seguir consultando las limitaciones, exclusiones y restricciones del producto en las Condiciones Generales del mismo, las cuales están a su disposición en la página de internet www.segurosbanorte.com, también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 800-500-2500.

El testimonio de lo cual la compañía firma la presente póliza en: Monterrey, N.L a de de

Teléfono de Atención de Siniestros: 800-002-8888
Atención al cliente: 800-500-2500
Hidalgo No.250 Pte. Col. Centro C.P.64000 Monterrey N.L.
R.F.C. SBG971124PL2

No. de Oficina:
No. y nombre del Agente:

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

“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 29 de diciembre de 2011, con el número PPAQ-S0001-0065-2011/ CONDUSEF-000279-06. A partir del día 30 de Septiembre de 2026 con el número de registro MODI-S0001-0017-2026.”

ESPECIFICACIÓN QUE SE ADHIERE A/Y FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EXPEDIDA POR SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. A FAVOR DE:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado:	
Calle y Número :	Código Postal :
Colonia :	Estado :
Población /Municipio :	Teléfono :
Giro :	
Zona Riesgos Hidrometereológicos:	Zona Terremotos y Erupción Volcánica

Descripción de los Deducibles

Sección / Coberturas	Deducible
 SEGUROS BANORTE S.A. DE C.V.	