



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0580-2018. 14 de Septiembre de 2021

Seguro de Vida
Grupo Deudores Propia
sin Dividendos

Seguros **BX+**



Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo Deudores Propia sin Dividendos

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-003479-05, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

CONTENIDO**I. DEFINICIONES**

1. Accidente.	7
2. Asegurado.	7
3. Beneficiario.	7
4. Caratula de la Póliza.	7
5. Certificado Individual	7
6. CONDUSEF	8
7. Contratante	8
8. Contrato de Crédito.	8
9. Endoso.	8
10. Enfermedades Preexistentes	8
11. La Aseguradora	9
12. Periodo de Gracia.	9
13. Grupo Asegurable.	9
14. Periodo de espera	9
15. Póliza o Contrato de Seguro.	9
16. Prima	9
17. Reclamación.	10
18. Registro de Asegurados.	10
19. Renovación.	10

20. Saldo Insoluto o Deuda Insoluta	10
21. Siniestro	10
22. Suma Asegurada.	11
II. CLÁUSULAS GENERALES	12
23. Objeto.	12
24. Vigencia de la Póliza.	12
25. Vigencia del Certificado Individual	12
26. Créditos y Pagos Excluidos del Seguro.	12
27. Cancelación, terminación o rescisión.	13
28. Cambio de Contratante.	14
29. Beneficiarios.	14
30. Edad.	15
31. Límites de Edad.	16
32. Movimientos de Asegurados.	16
33. Notificaciones y/o Comunicaciones.	17
34. Modificaciones.	17
35. Rectificaciones	17
36. Omisiones o inexactas declaraciones	18
37. Disputabilidad	18
38. Prima	19
39. Plazo para realizar el pago de la Prima	19

40. Pago de la Prima	19
41. Forma de pago de la Prima.	20
42. Aviso y comprobación de siniestros	20
43. Pago de indemnizaciones por siniestros	20
44. Moneda.	21
45. Indemnización por mora	21
46. Comisiones.	24
47. Prescripción.	24
48. Competencia.	25
49. Carencia de restricciones.	25
50. Suma Asegurada.	25
51. Obligaciones del Contratante	26
52. Derechos de los Asegurados.	27
53. Preceptos Legales	27
III. COBERTURA BASICA	28
IV. COBERTURA ADICIONAL	30
V. CLAUSULA DE ENTREGA DE INFORMACION	36
VI. ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES	38

I.DEFINICIONES.

1. Accidente.

Se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte que intencionalmente se provoque el Asegurado.

2. Asegurado.

Es la persona física a la cual el Contratante le ha otorgado un crédito y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por La Aseguradora, el cual se encuentra expuesto a cualquier riesgo amparado por la Póliza y cuyo nombre aparece en el certificado correspondiente.

3. Beneficiario.

Es la persona legitimada para obtener el pago de la indemnización prevista en la Póliza, como consecuencia de la realización de un siniestro.

4. Caratula de la Póliza.

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre y domicilio del Contratante, numero de Póliza, características del Grupo Asegurable, suma asegurada total del Grupo Asegurable, periodicidad de pago de prima pactada, importe de la prima, fecha de inicio y fin de vigencia de la Póliza.

5. Certificado Individual.

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre del Contratante, numero de Póliza, numero de certificado, nombre y fecha de nacimiento del Asegurado, coberturas contratadas, suma asegurada de cada una de estas o reglas para determinarlas, fechas de inicio y fin de vigencia de la Póliza y del certificado y nombre del beneficiario.

6. CONDUSEF

En lo sucesivo se entenderá por CONDUSEF a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

7. Contratante.

Es la persona moral que, en virtud de su relación con los miembros del Grupo Asegurable, ha solicitado la celebración de la Póliza o Contrato de Seguro para sí y/o terceras personas, y es el responsable ante La Aseguradora, del pago de las primas.

8. Contrato de Crédito.

Contrato independiente a este contrato de seguro, celebrado entre el Contratante y los Asegurados con motivo del préstamo que aquel otorga a estos.

9. Endoso.

Documento que modifica y/o adiciona este Contrato de Seguro.

10. Enfermedades Preexistentes

Se entenderá por éstas, cuando La Compañía cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, pudiendo solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

11. La Aseguradora.

En lo sucesivo se entenderá por La Aseguradora a Seguros Ve por Mas, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

12. Periodo de Gracia.

Es el plazo que otorga La Aseguradora para el pago de la prima.

13. Grupo Asegurable.

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por La Aseguradora, cuyos nombres se incluyen en el registro de Asegurados de la Póliza y que han dado su consentimiento expreso para ello.

14. Periodo de espera

Es el tiempo mínimo continuo que el Asegurado debe permanecer en estado de invalidez.

15. Póliza o Contrato de Seguro.

Es el documento que se integra por las condiciones generales, certificados de seguro, endosos, caratula, registro de asegurados y demás documentos utilizados en la contratación del seguro.

16. Prima.

Es la contraprestación prevista en la Póliza a cargo del Contratante a favor de La Aseguradora, por la protección contenida en las coberturas contratadas.

17. Reclamación.

Es el trámite administrativo que efectúa el Contratante ante La Aseguradora, para obtener el pago de la indemnización prevista en la Póliza, como consecuencia de la realización de un siniestro.

18. Registro de Asegurados.

La Aseguradora llevara un registro de los Asegurados en el que consten, por lo menos, los siguientes datos: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros del Grupo Asegurable; suma asegurada o regla para determinarla; fecha en que entran en vigor los seguros para cada Asegurado; fecha de terminación de los seguros para cada Asegurado; operación y plan de seguros de que se trate; números de los certificados individuales correspondientes y las coberturas amparadas de cada Asegurado.

19. Renovación.

La Aseguradora podrá renovar este contrato en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del contrato, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso por escrito a la otra parte de su voluntad de no renovarlo. El pago de la prima acreditado en las formas usuales de pago de la Aseguradora se tendrá como prueba suficiente de dicha renovación. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

20. Saldo Insoluto o Deuda Insoluta.

Deuda pendiente no vencida más los intereses respectivos, que no ha sido cubierta por los Asegurados al Contratante.

21. Siniestro.

Es la ocurrencia de la eventualidad prevista y cubierta en la Póliza de seguro.

22. Suma Asegurada.

Es la cantidad de dinero que, como obligación máxima de La Aseguradora, se determina para cada Asegurado por la ocurrencia de un siniestro, siempre y cuando este se presente dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente. Para el caso de esta Póliza, la Suma Asegurada ascenderá al saldo insoluto del contrato de crédito celebrado entre el Asegurado y el Contratante.

II. CLÁUSULAS GENERALES

23. Objeto.

De conformidad con las condiciones generales de esta Póliza y de sus cláusulas adicionales, La Aseguradora garantiza al Contratante el pago del saldo insoluto que tengan pendientes los Asegurados, en el momento de su fallecimiento o si se contrató la cobertura adicional, en el momento de su invalidez, sin exceder de la suma asegurada máxima para cada Asegurado, fijada en el certificado individual correspondiente.

24. Vigencia de la Póliza.

Periodo de validez del contrato de seguro que se indica en la caratula de la Póliza, siempre que la prima vencida sea pagada dentro del periodo convenido. Cabe señalar que dicho periodo de vigencia no podrá ser mayor a un año.

25. Vigencia del Certificado Individual.

Periodo en el cual el Asegurado tiene derecho a la protección de la Póliza, delimitado por las fechas de inicio y término de vigencia, ambas estipuladas en el certificado individual correspondiente.

26. Créditos y Pagos Excluidos del Seguro.

Se consideran excluidos expresamente de la cobertura de la Póliza:

- a) **Los créditos a cargo de los Asegurados que no sean personas físicas.**
- b) **Los créditos que no puedan ser cobrados en abonos periódicos, y aquellos en los cuales, aun cuando se hubiere pactado el pago en abonos, la periodicidad de estos sea mayor a un año.**
- c) **Los pagos que no sean cubiertos oportunamente por el Asegurado, así como los intereses moratorios que estos produzcan.**

27. Cancelación, terminación o rescisión.

La vigencia de la cobertura contratada para cada Asegurado concluirá en la fecha de terminación indicada en el certificado o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La cancelación del presente seguro a solicitud por escrito del Contratante con 30 días de anticipación.

Si el Contratante decide dar por terminado el contrato, La Aseguradora devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no se suscite un siniestro.
- b) Por pago del adeudo total del Contrato de Crédito.
- c) Por traspaso del adeudo del Contrato de Crédito.
- d) Si el Contratante entra en posesión de alguna propiedad del Asegurado con fines de pago de la deuda insoluta.
- e) Que el Asegurado haya incurrido en mora por más de seis meses. Si el Asegurado reanuda sus abonos, el Contratante con el consentimiento del citado Asegurado, podrá rehabilitar el seguro si proporciona a su costa, pruebas plenas de asegurabilidad a La Aseguradora.
- f) Al término del plazo de seguro en que cada Asegurado haya llegado a los límites de edad estipulados para cada cobertura, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora.
- g) Esta Póliza será cancelada si el Contratante no paga a La Aseguradora el importe total de las primas dentro del periodo de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración judicial.
- h) Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la Póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos

de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

28. Cambio de Contratante.

Cuando haya un cambio de Contratante, La Aseguradora podrá rescindir la Póliza o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo Asegurable, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del citado cambio. En este caso, sus obligaciones terminaran treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Aseguradora reembolsara a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de la Póliza.

29. Beneficiarios.

Se designa como beneficiario preferente al Contratante de esta Póliza, hasta por el monto del saldo insoluto que el Asegurado llegara a tener con él en el momento de su fallecimiento o, en su caso, en el momento de su invalidez.

Advertencia

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran 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 solo tendrá 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.

30. Edad.

Las edades declaradas por los miembros del Grupo Asegurable deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario La Aseguradora, la cual en ese momento hará la añotación en el certificado respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de comprobación de edad posteriormente.

Si la edad declarada sobre algún Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindiría para el certificado individual correspondiente y se reintegrará al Contratante la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando está dentro de los límites de admisión, La Aseguradora reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habrá sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de La Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y esta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Aseguradora estará obligada a pagar la cantidad que resulta de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la Póliza.
- e) En caso de que La Aseguradora ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, esta tendrá derecho a recuperar lo que

hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicaran las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

31. Límites de Edad.

Los límites de edad para la contratación de esta Póliza son:

Edad mínima: 18 años

Edad máxima: 70 años.

32. Movimientos de Asegurados.

Altas

Las personas que ingresen al Grupo Asegurable con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso quedaran aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurable con posterioridad a la celebración de la Póliza 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 quedaran 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.

La prima de estos nuevos miembros del Grupo Asegurable será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurable dejaran 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.

33. Notificaciones y/o Comunicaciones.

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de La Aseguradora, señalado en la caratula de la Póliza. En los casos en que el domicilio de La Aseguradora llegare a ser diferente del que conste en la caratula de la Póliza, La Aseguradora deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que La Aseguradora deba hacer al Contratante o al Asegurado o a sus Beneficiarios distintos al Contratante, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de estos conozca La Aseguradora.

34. Modificaciones.

Solo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente, que consten por escrito en la Póliza mediante endosos a la misma, registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por La Aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones a la Póliza.

35. Rectificaciones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro

de los 30 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. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

36. Omisiones o inexactas declaraciones.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Aseguradora, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultara a La Aseguradora para considerar rescindida de pleno derecho la Póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Aseguradora a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario(s) distintos al Contratante, la facultara para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Tratándose de los asegurados, esta cláusula solo será aplicable, en aquellos casos en que el monto de su suma asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad.

37. Disputabilidad.

Este seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años de vigencia, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurable, el termino para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contara a partir de la fecha en que estos quedaron asegurados.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula solo será aplicable, en aquellos casos en que el monto de su suma asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad.

38. Prima.

Para cada Asegurado, el importe de la prima correspondiente será la que se indique en el certificado individual respectivo.

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado de acuerdo a los procedimientos establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

39. Plazo para realizar el pago de la Prima.

El Contratante tendrá como máximo un periodo de 30 días naturales, conocido como periodo de gracia, contado a partir del inicio de vigencia del recibo correspondiente, para enterar el importe del total de la prima o la fracción pactada. Los efectos del contrato cesaran automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, La Aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del Grupo Asegurable correspondiente a la prima no pagada.

40. Pago de la Prima

El Contratante será el único responsable ante La Aseguradora del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros del Grupo Asegurable contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la porción de la prima correspondiente.

Cuando un miembro del Grupo Asegurable no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja del seguro a La Aseguradora.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de La Aseguradora contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa mas no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, deposito en cuenta, retenciones vía nomina, etc. El estado de cuenta o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de la realización de dicho pago.

41. Forma de pago de la Prima.

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, en cuyo caso se aplicara la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

La forma de pago estipulada para el seguro se señala en la caratula de la Póliza.

42. Aviso y comprobación de siniestros.

Es obligación del Contratante presentar por escrito a La Aseguradora la reclamación en caso de haberse presentado un siniestro que pueda ser motivo de indemnización.

Conforme al artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante gozara de un plazo máximo de 5 días para presentar el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del siniestro.

De acuerdo al Art. 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, La Aseguradora tiene el derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario(s) toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

43. Pago de indemnizaciones por siniestros.

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas al Contratante, en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que La Aseguradora reciba los documentos e información que fundamenten el siniestro.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, La Aseguradora pagara la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La

Aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del Contratante hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado.

En uno y otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

44. Moneda.

Todos los pagos relativos a esta Póliza ya sean por parte del Contratante o de La Aseguradora, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente al momento en que ocurrió el siniestro.

45. Indemnización por mora.

En caso de que la Compañía no cumpla con las obligaciones a su cargo en términos de la póliza o del certificado individual estará obligada, aun cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir una indemnización por mora que se calculara conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“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 estas 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 efectuó el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagara un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizara 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 capitalizara mensualmente y se calculara 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 aplicara la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computara 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 generaran 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 efectuó 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 esta 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 aplicaran a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuara 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.”

46. Comisiones.

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Aseguradora, 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 Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

47. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio

origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En términos de los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de La Aseguradora, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

48. Competencia.

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que La Aseguradora cuenta, o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

49. Carencia de restricciones.

Este contrato no se afectará por razones de cambio en residencia, viajes, ocupación y genero de vida de los Asegurados, posteriores a la contratación de la Póliza.

50. Suma Asegurada.

La suma Asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurable, por reglas que eviten la selección adversa a La Aseguradora.

Para efectos del cálculo de la prima, el Contratante definirá una regla para determinar la suma asegurada de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable y aparecerá en el certificado individual correspondiente. Esta regla será de carácter no discriminatorio y podrá estar referida en veces al Salario Mínimo General Mensual Vigente aprobado por la CONASAMI (Comisión Nacional de Salarios Mínimos), en una cantidad fija en pesos o en veces al salario de cada Asegurado. En aquellos casos en que dicha regla de suma asegurada se refiera al salario o sueldo de cada Asegurado, se entenderá salvo especificación en contrario, como el Salario Base no integrado por gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

51. Obligaciones del Contratante.

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la Póliza.

- a) Comunicar a La Aseguradora los nuevos ingresos al Grupo Asegurable, incluyendo los consentimientos respectivos, que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los Beneficiarios y si esta se hace de forma irrevocable. Asimismo, cuando el objeto del contrato de seguro sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud de seguro.
- b) Comunicar a La Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurable.
- c) Dar aviso a La Aseguradora de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha de cambio de condiciones

- d) Enviar a La Aseguradora los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas.

El Contratante deberá remitir dicha información a más tardar dentro de los quince días posteriores a la fecha de ocurrido el cambio estipulado en cualquiera de los puntos anteriores.

52. Derechos de los Asegurados.

Los Asegurados o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Aseguradora pague al Contratante el importe del saldo insoluto del crédito amparado por esta póliza hasta por el límite especificado en el certificado, de conformidad con los términos del presente Contrato.

La Aseguradora 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 Aseguradora pague al Contratante el importe del saldo insoluto del crédito.

El Asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Aseguradora para que esta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

53. Preceptos Legales

De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet www.vepormas.com, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

III.COBERTURA BASICA

Cobertura por Fallecimiento

- Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado gozara de la cobertura por fallecimiento, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora pagara al Contratante, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, el saldo insoluto que tenga pendiente el Asegurado, en el momento de su fallecimiento, sin exceder de la suma asegurada máxima, fijada en el certificado individual correspondiente.

- Indemnización

La indemnización establecida para esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria, a través de la cual se acredite el fallecimiento del Asegurado, así como que este ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del certificado individual correspondiente.

Para reclamar esta cobertura, se deberá entregar a La Aseguradora la documentación siguiente:

- Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo de Deudores debidamente requisitada.
- Contrato del crédito otorgado.
- Carta del Contratante donde se mencione el saldo deudor a la fecha del siniestro, adjuntando ultimo estado de cuenta.
- Copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- Copia certificada del Acta de nacimiento del Asegurado.

- Copia de Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.
- Comprobante de último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la suma asegurada este en función de estos.
- Si se trata de muerte accidental, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Publico competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales si los hubo, parte del accidente y, de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

Exclusiones.

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se origine como consecuencia de:

Suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado a la Póliza. En este supuesto, La Aseguradora devolverá la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición.

La cobertura siguiente será de contratación adicional, en cuyo caso, este hecho deberá hacerse constar necesariamente en el certificado individual correspondiente.

IV. COBERTURA ADICIONAL

Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada por Invalidez

- Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura gozaran de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Si se contrata esta cobertura adicional y dentro de la vigencia de la Póliza se produce la invalidez del Asegurado que lo haga causar baja del Grupo Asegurable, La Aseguradora pagara al Contratante, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, el saldo insoluto que tenga el Asegurado, en el momento de su invalidez, sin exceder de la suma asegurada máxima, fijada en el certificado individual correspondiente, como anticipo de la Suma Asegurada de Fallecimiento.

En el momento del pago de esta cobertura se dará por terminado el seguro para ese Asegurado.

Se entenderá por invalidez cuando el Asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente según el artículo 119 de la Ley del Seguro Social y 118 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Lo anterior aplica cuando los Asegurados coticen para alguna de las dos instituciones antes mencionadas.

En caso de que los miembros del Grupo Asegurable o una fracción de este no coticen para el IMSS o el ISSSTE, se entenderá por invalidez la incapacidad total permanente definida en el artículo 145 de la Ley Federal del Trabajo como: “la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido.”

Esta cobertura tendrá un periodo de espera de 90 días naturales contados a partir de la fecha de dictaminación de la invalidez.

El periodo de espera mencionado en el párrafo anterior deberá entenderse como el tiempo mínimo continuo que el Asegurado debe permanecer en estado de invalidez.

Se considera también como invalidez la pérdida de ambos ojos, ambas manos, ambos pies, una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se aplicará periodo de espera.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá por pérdida de miembros las siguientes:

- *Pérdida de una mano*: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puno o arriba de ella.
- *Pérdida de un pie*: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- *Pérdida de la vista de un ojo*: La pérdida completa y definitiva de la visión.

- Indemnización

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la invalidez del Asegurado, así como que esta ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del certificado individual correspondiente. En todo caso, el dictamen de invalidez correspondiente deberá ser emitido por el IMSS o el ISSSTE, y en caso de que el Asegurado no cotice al IMSS o ISSSTE se deberá presentar un dictamen emitido por un profesionista medico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión, certificado en Medicina del Trabajo y deberá acompañarse de todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

Para tal efecto, se deberá entregar a La Aseguradora la documentación siguiente:

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo de Deudores debidamente requisitada.
- b) Contrato del crédito otorgado
- c) Carta del Contratante donde se mencione el saldo deudor a la fecha del siniestro, adjuntando ultimo estado de cuenta.
- d) Dictamen de invalidez.
- e) Copia certificada del Acta de nacimiento del Asegurado.
- f) Copia de Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.
- g) Comprobante de último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la suma asegurada este en función de estos.
 - Límites de edad

Esta cobertura terminara automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

Exclusiones.

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la invalidez se origine como consecuencia de:

- a) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- b) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.**

- c) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el haya sido el provocador.**
- d) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos, tales como: aerotaxis, o uso de aviones privados, charter's, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, si procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaria de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).**
- e) **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montanismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte**

aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.

- h) Enfermedades preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones.**
- i) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). j) Radiaciones ionizantes.**
- k) Lesiones sufridas por culpa del Asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- l) Cualquier intento de suicidio, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- m) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o al teléfono 01 800 830 3676, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico “aclaraciones.une@segurosvepormas.com”, o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <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 14 de Septiembre del 2021, con el número CNSF-S0016-0580-2018./CONDUSEF-003479-05.;MODI-S0016-0018-2021

V. CLAUSULA DE ENTREGA DE INFORMACION

De conformidad a lo establecido en el Capítulo 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas con fecha de publicación del 19 de diciembre de 2014, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se incluye y forma parte integrante de la presente póliza la siguiente Clausula:

La Compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante la siguiente información y documentación:

- I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- III. La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de la Compañía; V. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía. VI. Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). Enviara al Asegurado la Póliza y sus Condiciones Generales al domicilio indicado por el Asegurado, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro.

En caso de que el ultimo día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En el supuesto de que el Asegurado no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a la Compañía, le sea enviada la Póliza de seguro y sus Condiciones Generales vía correo electrónico en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles.

La Póliza podrá ser cancelada o no renovada de manera automática a petición del Asegurado mediante aviso dado por escrito a la Compañía, o bien, solicitando su cancelación vía telefónica, o a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual se le proporcionara un número de folio de confirmación de la cancelación y/o no renovación.

La cancelación o no renovación de la Póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

VI. ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a continuación, se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 21.- El contrato de seguro: Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.

- I. - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

- II. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si este fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesaran automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicara un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultara a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si el provoca una agravación esencial del riesgo, cesaran de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedaran extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirán o podrán restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Sera nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. - En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. - En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 150 Bis.- Los seguros de responsabilidad que por disposición legal tengan el carácter de obligatorios, no podrán cesar en sus efectos, rescindirse, ni darse por terminados con anterioridad a la fecha de terminación de su vigencia. Cuando la empresa pague por cuenta del asegurado la indemnización que este deba a un tercero a causa de un daño previsto en el contrato y compruebe que el contratante incurrió en omisiones o inexactas declaraciones de los hechos a que se refieren los artículos 8o., 9o., 10 y 70 de la presente Ley, o en agravación esencial del riesgo en los términos de los artículos 52 y 53 de la misma, estará facultada para exigir directamente al contratante el reembolso de lo pagado.

Artículo 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesara solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además,

la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 102.- En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

Las personas morales a que se refiere este artículo estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.

Artículo 202.- Las Instituciones de Seguros solo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo

señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que esta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción solo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquellos.

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 estas 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 pagara un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizara 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 capitalizara mensualmente y se calculara 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 aplicara la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computara 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 generaran 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 esta 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 aplicaran a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuara 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o al teléfono 01 800 830 3676, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico “aclaraciones.une@segurosvepormas.com”, o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <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 14 de Septiembre de 2021 con el número CNSF-S0016-0580-2018./CONDUSEF-003479-05; MODI-S0016-0018-2021

