



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0048-2022, 06 de abril de 2022. \*

**Kompenza Bx+**  
Indemnizatorio

**Seguros Bx+**

Condiciones Generales

# **Kompenza B×+**

## **Indemnizatorio**

**Abril 2022**

## CONTENIDO

<b>I. OBJETO DEL SEGURO</b>	<b>5</b>
<b>II. DEFINICIONES</b>	<b>5</b>
Accidente	5
Agente de seguros	5
Antigüedad	5
Asegurado(a)	5
Carátula de Póliza	5
CNSF	5
Compañía	5
CONDUSEF	5
Contratante	5
Contrato de seguro o Póliza	6
Endoso	6
Enfermedad o Padecimiento	6
Evento	6
Exclusiones	6
Fecha de Alta	6
Hospital	6
Hospitalización	6
Lugar de residencia	6
Médico	6
Médico Especialista	7
Médico Tratante	7
Periodo al Descubierto	7
Periodo de Espera	7
Preexistencia	7
Prima	7
Reclamación o Solicitud de servicios	7
Renovación	7
Signo	7
Siniestro	7
Síntoma	7
Solicitud	8
Suma Asegurada	8
Tumor Primario	8
Vigencia	8
<b>III. COBERTURAS</b>	<b>9</b>
1. Cáncer Mujer	9
2. Cáncer Hombre	9
3. Cáncer	10
4. Ayuda diaria por hospitalización	11
<b>IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA</b>	<b>13</b>
1. Servicio Servicio de Asistencia BX+	13
<b>V. EXCLUSIONES (Gastos No Cubiertos)</b>	<b>14</b>
<b>VI. CLÁUSULAS GENERALES</b>	<b>14</b>
CONTRATO	14
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	14

INICIO Y FIN DE VIGENCIA	14
TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO	14
RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO	15
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	15
RECTIFICACIONES	16
NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES	16
MODIFICACIONES A PETICIÓN DEL CONTRATANTE	16
CAMBIO DE CONDICIONES Y/O CAMBIO DE PRODUCTO	16
MOVIMIENTO DE ASEGURADOS	17
Altas	17
Bajas	17
Ajustes de Prima	17
RENOVACIÓN DEL CONTRATO	17
RÉGIMEN FISCAL	18
BENEFICIO FISCAL	18
AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO	18
EDAD	18
OCUPACIÓN	19
RESIDENCIA	19
MONEDA	19
PRIMA	19
PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERIODO DE GRACIA	19
FORMA DE PAGO DE LA PRIMA	19
LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA	20
REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA	20
COMISIONES	20
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	20
PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO	21
SUBROGACIÓN DE DERECHOS	21
PRESCRIPCIÓN	21
INDEMNIZACIÓN POR MORA	21
ARBITRAJE MÉDICO	23
COMPETENCIA	23
PRECEPTOS LEGALES	23

## I. OBJETO DEL SEGURO

La **Compañía** a cambio del pago de la **Prima** se compromete a Indemnizar al **Asegurado** conforme a los beneficios contratados y enunciados en la carátula de la póliza, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Generales.

La **Compañía** pagará la **Suma Asegurada** de acuerdo con:

- Las especificaciones de la **Carátula** de la **Póliza**,
- Condiciones generales,
- **Endosos** y Cláusulas Adicionales,

Siempre y cuando el evento ocurra durante la vigencia de la póliza, la **Póliza** se encuentre en vigor y las **Enfermedades** o **Padecimientos** cumplan con lo enunciado en estas condiciones generales.

## II. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Para los efectos de la presente **Póliza**, los siguientes términos y abreviaturas tendrán el significado que se les atribuye, tanto para su forma singular o plural, en las presentes condiciones generales y/o en cualquier otra parte que integra y/o forma parte de la **Póliza**.

### Accidente

Acontecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido por una causa externa, súbita, fortuita y violenta lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales que requieran atención médica o causen la muerte.

El tratamiento Médico o quirúrgico, recaídas, complicaciones y secuelas derivadas de un **Accidente** sufrido por el **Asegurado** se considerarán un mismo **Siniestro**.

### Agente de seguros

Persona autorizada por la **CNSF** para la comercialización de seguros.

### Antigüedad

Tiempo que el Asegurado ha estado amparado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con Seguros Ve por Más, S. A., Grupo Financiero Ve por Más.

### Asegurado(a)

Persona amparada por el **Contrato de Seguro**, aceptada por la **Compañía** y que así conste por escrito en la **Carátula** de la **Póliza** o **Endoso** correspondiente.

### Carátula de Póliza

Documento que forma parte integrante de la **Póliza**, en el cual se indican, entre otros, los nombres, domicilios del **Contratante** y/o **Asegurado**, las coberturas contratadas, la **Suma Asegurada** y las **Primas del seguro**.

### CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### Compañía

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

### CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

### Contratante

Persona física o moral con capacidad jurídica, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del mismo y además se compromete a realizar el pago de las Primas, así como es responsable de solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza que no afecten el riesgo original contratado.

## Contrato de seguro o Póliza

Aquel en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, el cual está conformado por:

- a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionados en la **Solicitud** del seguro.
- b) **Carátula de Póliza**.
- c) Condiciones Generales.
- d) **Endosos**.
- f) Folleto de derechos básicos del **Asegurado**.
- g) Cualquier otra información proporcionada por el **Contratante** y/o **Asegurado** para la contratación de esta **Póliza**, incluyendo cuestionarios y formatos de la **Compañía** que, éste o un tercero, hayan requisitado a **Solicitud** de la **Compañía**.

## Endoso

Documento que forma parte del Contrato de seguro que modifica los términos originales de la **Póliza**. Lo estipulado en un **Endoso** prevalecerá sobre las Condiciones Generales, en todo aquello que se contrapongan.

## Enfermedad o Padecimiento

Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones, **Enfermedades** o **Padecimientos** que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, es decir sus consecuencias, complicaciones y/o secuelas, se considerarán como una misma **Enfermedad** o **Padecimiento**.

## Evento

Momento en que se utiliza un servicio para la atención médica de un **Accidente**, **Enfermedad** o **Padecimiento** amparado.

## Exclusiones

**Eventos**, gastos, **Enfermedades** o **Padecimientos** no amparados por la **Póliza**.

## Fecha de Alta

Aquella a partir de la cual el **Asegurado** contrata por primera vez este producto y comienza a formar parte de este **Contrato de Seguro**.

## Hospital

Institución, clínica o sanatorio legalmente autorizado y certificado para brindar servicios Médicos, hospitalarios o quirúrgicos de enfermos o lesionados.

**No se considera como Hospital a casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

## Hospitalización

Internamiento del **Asegurado** en un **Hospital**, médicamente justificado y por más de 24 horas continuas. Inicia con el ingreso hospitalario y concluye con el alta que otorga el **Médico Tratante**.

## Lugar de residencia

Domicilio declarado en la **Solicitud** por el **Contratante** y/o **Asegurado Titular**.

## Médico

Persona que ejerce la Medicina, con Cédula Profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser **Médico** General o **Médico** Especialista, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos Médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente.

Cualquier prescripción que haga el **Médico** deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

El **Médico** será elegido libremente por el **Asegurado** y/o sus familiares, para el Tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

**Médico Especialista**

**Médico** con autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

**Médico Tratante**

**Médico** responsable de la atención y evolución diaria del paciente durante su período de Hospitalización o tratamiento.

**Periodo al Descubierto**

Intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este **Contrato de seguro**.

**Periodo de Espera**

Tiempo mínimo de cobertura continua e ininterrumpida que debe transcurrir, a partir de la **Fecha de Alta** del **Asegurado** en esta **Póliza**, para la cobertura de ciertos gastos.

**Preexistencia**

Aquellas **Enfermedades** o **Padecimientos** que cumplan con cualquiera de los siguientes puntos:

- *Cualquier **Enfermedad** o **Padecimiento** que, previamente a la celebración de este **contrato de seguro**, se haya diagnosticado por un **Médico**.*
- *Cuando el **Asegurado** haya erogado gastos comprobables para el diagnóstico o tratamiento de una **Enfermedad, Padecimiento** o **Accidente**.*
- *Que previamente a la celebración de este **contrato de seguro**, el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la **Enfermedad** o **Padecimiento** de que se trate.*

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la **Preexistencia** de **Enfermedades** o **Padecimientos**, la **Compañía**, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen Médico.

Al **Asegurado** que se haya sometido al examen Médico a que se refiere el párrafo anterior, no se le aplicará la Cláusula de **Preexistencia** de la **Enfermedad** o **Padecimiento** relativa al examen aplicado y que no hubiese sido diagnosticada en el citado examen.

**Prima**

Contraprestación prevista en el **Contrato de Seguro** a cargo del **Contratante**.

**Reclamación o Solicitud de servicios**

Trámite que efectúa el **Asegurado** ante la **Compañía**, para obtener los beneficios de esta **Póliza**.

**Renovación**

Acto por el cual la **Compañía** expide una **Póliza** por otro periodo de igual duración a la **Vigencia anterior**.

**Signo**

Manifestación Objetiva de una **Enfermedad** o **Padecimiento**, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que presenta. Puede ser espontáneo o provocado a través de una valoración médica.

**Siniestro**

Eventualidad prevista en el **contrato de seguro**.

**Síntoma**

Manifestación de una **Enfermedad** o **Padecimiento**, que sólo es percibida por el individuo que lo padece y es referido al **Médico** en forma directa o indirecta.

**Solicitud**

Documento mediante el cual el solicitante del seguro da a conocer y declara a la **Compañía** la información necesaria para la evaluación del riesgo y sus necesidades de cobertura. Dicho documento sirve como base para la suscripción, el cálculo de la **Prima** y la emisión de la **Póliza**, y formará parte integrante del **contrato de seguro**.

**Suma Asegurada**

Cantidad máxima de responsabilidad de la **Compañía** por cada **Asegurado** para cada cobertura contratada, con base en las estipulaciones consignadas en la **Carátula** de la **Póliza**, **Endosos** y cláusulas correspondientes, aplicable para cada **cobertura contratada**.

**Tumor Primario**

Tumor que se originó antes que todos los demás, del cual pueden surgir metástasis, comprobado mediante estudio de histopatología.

**Vigencia**

Periodo de validez del **Contrato de Seguro** que se indica en la **Carátula** de la **Póliza**.



### III. COBERTURAS

#### 1. Cáncer Mujer

Mediante la contratación de esta cobertura, si por motivo de cáncer cervicouterino, cáncer de mama o cáncer de ovario, éste es diagnosticado por primera vez en la vida de la **Asegurada** y dentro de la **Vigencia** de esta Póliza, el **Asegurado**, tendrá derecho a recibir, en una sola exhibición, la **Suma Asegurada** que se especifica para este beneficio en la **Carátula de la Póliza**.

Quedará cubierto siempre y cuando el tumor primario se haya originado en alguno de los órganos cubiertos (senos, útero u ovarios).

Para efectos de esta cobertura se define:

- **Cáncer cervicouterino**  
**Enfermedad o Padecimiento** que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno que inicia en el cuello de la matriz, cuya característica es el crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, con infiltración o invasión de tejidos vecinos y su extensión a distancia (metástasis).  
**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **Compañía** los resultados del Estudio de Histopatología, Papanicolaou y/o Colposcopia y cualquier otra información que apoye el diagnóstico definitivo establecido en el informe médico emitido por el **Médico Especialista**.
- **Cáncer de mama**  
**Enfermedad o Padecimiento** que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno que se origina en las células del seno, cuya característica es el crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, con infiltración o invasión de tejidos vecinos y su extensión a distancia (metástasis).  
**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **Compañía** los resultados del Estudio de Histopatología, Mamografía y/o Ultrasonido Mamario y cualquier otro estudio que apoye el diagnóstico definitivo establecido en el informe médico emitido por el **Médico Especialista**.
- **Cáncer de ovario**  
**Enfermedad o Padecimiento** que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno que nace en cualquiera de las partes del ovario, cuya característica es el crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, con infiltración o invasión de tejidos vecinos y su extensión a distancia (metástasis).  
**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **Compañía** los resultados del Estudio de Histopatología, Ultrasonido Abdominal y cualquier otro estudio que apoye el diagnóstico definitivo establecido en el informe médico emitido por el **Médico Especialista**.

Cualquiera de los anteriores se cubrirá siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico, se presenten después del **Periodo de Espera** de 90 días.

**La suma asegurada se pagará únicamente para el primer diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento cubierto que se reclame y únicamente un evento en la vida del Asegurado, sin importar si se diagnostican uno o más Enfermedades o Padecimientos cubiertos.**

#### Exclusiones particulares de esta Cobertura

- a) **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno.**
- b) **Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de cáncer previo a la contratación de la Póliza.**
- c) **La indemnización por cáncer cervicouterino cuando el diagnóstico del virus del papiloma humano haya sido detectado anterior a la contratación de esta Póliza.**

#### 2. Cáncer Hombre

Mediante la contratación de esta cobertura, si por motivo de cáncer de próstata, cáncer de pene o cáncer de testículo, éste es diagnosticado por primera vez en la vida del **Asegurado** y dentro de la **Vigencia** de esta Póliza, el **Asegurado**, tendrá derecho a recibir, en una sola exhibición, la **Suma Asegurada** que se especifica para este beneficio en la **Carátula de la Póliza**.

Quedará cubierto siempre y cuando el **tumor primario** se haya originado en alguno de los órganos cubiertos (próstata, pene o testículo).

Para efectos de esta cobertura se define:

- **Cáncer de próstata**  
**Enfermedad o Padecimiento** que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno que nace en cualquiera de las glándulas de la próstata, cuya característica es el crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, con infiltración o invasión de tejidos vecinos y su extensión a distancia (metástasis).  
**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **Compañía** los resultados del Estudio de Histopatología, Antígeno Prostático, Ultrasonido USG y cualquier otro estudio de diagnóstico que apoye el diagnóstico definitivo establecido en el informe médico emitido por el **Médico Especialista**.
- **Cáncer de pene**  
**Enfermedad o Padecimiento** que se manifiesta por la presencia de células cancerígenas en los tejidos del pene.  
**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas de la **Enfermedad o Padecimiento**, incluyendo un informe médico emitido por un patólogo con certificación actualizada donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la **Enfermedad o Padecimiento**), fechado y debidamente firmado por un **Médico Especialista**.
- **Cáncer de testículo**  
**Enfermedad o Padecimiento** que se manifiesta por la presencia de células cancerígenas en testículo.  
**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **Compañía** las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas de la **Enfermedad o Padecimiento**, incluyendo un informe médico emitido por un patólogo con certificación actualizada donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la **Enfermedad o Padecimiento**), fechado y debidamente firmado por un **Médico Especialista**.

Cualquiera de los anteriores se cubrirá siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico, se presenten después del **Periodo de Espera** de 90 días.

**La suma asegurada se pagará únicamente para el primer diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento cubierto que se reclame y únicamente un evento en la vida del Asegurado, sin importar si se diagnostican uno o más Enfermedades o Padecimientos cubiertos.**

#### Exclusiones particulares de esta Cobertura

- a) **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo.**
- b) **Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de cáncer en su vida previo a la contratación de la Póliza.**

### 3. Cáncer

Mediante la contratación de esta cobertura, si dentro de la **Vigencia** de esta Póliza, el **Asegurado** es diagnosticado por primera vez en su vida con algún tipo de Cáncer, tendrá derecho a recibir, en una sola exhibición, la Suma Asegurada que se especifica para este beneficio en la **Carátula de la Póliza**.

Quedará cubierto siempre y cuando el tumor primario se haya originado en alguno de los órganos cubiertos.

**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **Compañía** las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas de la **Enfermedad o Padecimiento**, incluyendo un informe médico emitido por un patólogo con certificación actualizada donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la **Enfermedad o Padecimiento**), fechado y debidamente firmado por un **Médico Especialista**.

Se cubrirá siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico se presenten después del **Periodo de Espera** de 90 días.

**La suma asegurada se pagará únicamente para el primer diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento cubierto que se reclame y únicamente un evento en la vida del Asegurado, sin importar si se diagnostican uno o más Enfermedades o Padecimientos cubiertos.**

#### **Exclusiones particulares de esta Cobertura**

- a) **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo.**
- b) **Cáncer de pulmón por exposición a asbesto, arsénico, azufre, gas radón o radiación.**
- c) **Cáncer de pulmón con antecedentes de consumo de tabaco u originado por el mismo consumo.**
- d) **Cáncer de piel, excepto melanoma.**
- e) **Cáncer a consecuencia de cirrosis hepática alcohólica.**
- f) **Cáncer a consecuencia de hepatitis B o C.**
- g) **Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de cáncer en su vida, previo a la contratación de esta Póliza.**

#### **4. Ayuda diaria por hospitalización**

Mediante la contratación de esta cobertura, si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de **Accidente, Enfermedad o Padecimiento**, el **Asegurado** se viera precisado a internarse en un hospital por más de 48 horas, de manera ininterrumpida, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud.

La **Compañía** pagará la indemnización diaria, por cada día de hospitalización después de transcurridas las 48 horas ininterrumpidas, contratada para esta cobertura, hasta un límite máximo de 90 días por cada evento, se cubrirá máximo 3 ingresos hospitalarios por año.

La compañía no tendrá obligación de indemnización en las primeras 48 horas ininterrumpidas de hospitalización.

**Para proceder con el pago se requerirá:** Presentar a la **compañía** la factura hospitalaria, hoja de alta y/o egreso hospitalario expedido por la institución hospitalaria junto con su desglose que sustente el evento y los días de hospitalización.

Se cubrirá siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico, se presenten después del **Periodo de Espera** de 90 días.

#### **Exclusiones particulares de esta Cobertura**

**No queda cubierta la hospitalización a consecuente de los siguientes Eventos, Enfermedades, Padecimientos o Accidentes, así como las complicaciones derivadas de estos:**

- a) ***Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones.***
- b) ***Enfermedades, padecimientos y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.***
- c) ***Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales.***
- d) ***Hospitalización para la aplicación de quimioterapia, realización de estudios de diagnóstico o para la colocación o mantenimiento de catéter.***
- e) ***Enfermedades o Padecimientos relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o VIH.***
- f) ***Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable, así como riñas cuando el Asegurado sea el provocador. La autoridad***

**competente será quien determine la responsabilidad del Asegurado, para lo cual deberá presentar la resolución por escrito de la misma.**

- g) Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- h) Participación directa del Asegurado en aviación en calidad de tripulante, pasajero o mecánico en vuelos no comerciales.**
- i) Participación directa del Asegurado en entrenamientos, competencias, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- j) Lesiones derivadas de Accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, a menos que el vehículo haya sido rentado con fines recreativos o vacacionales.**
- k) Enfermedades, Padecimientos o Accidentes resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- l) Enfermedades, Padecimientos o Accidentes resultantes de la práctica de cualquier deporte peligroso, incluyendo ciclismo de ruta, ciclismo de montaña, fútbol americano, alpinismo, montañismo, rápel, boxeo, lucha libre, rugby, vuelo delta, canotaje, windsurf, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, rafting, vuelo ultraligero, equitación, esquí en nieve y agua, hockey, polo, automovilismo en cualquiera de sus modalidades, parapente, surf, buceo, charrería, tauromaquia, artes marciales (box thai, full contact, taekwondo, etc.).**
- m) Tratamientos por Enfermedades, Padecimientos y/o Accidentes originados a consecuencia de ingesta de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro o de alcohol en aire espirado superior a 0.4 gramos por litro (Información actualizada de acuerdo con el reglamento de tránsito de la Ciudad de México), toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.**
- n) Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante.**
- o) Tratamientos para la calvicie, tratamientos de carácter estético o plástico, así como sus complicaciones.**
- p) Tratamientos dietéticos, por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia, talla baja y cualquiera de naturaleza análoga, así como sus complicaciones.**
- q) Aplicación de inmunoglobulinas, incluyendo aquellos para tratar síndrome de guillan barre o esclerosis múltiple.**
- r) Trastornos de enajenación mental, depresión, trastornos de ansiedad, histeria, estrés, neurosis o psicosis y todo tipo de Enfermedad o Padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, trastornos de lenguaje o de aprendizaje, de conducta, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente del origen de éstas.**
- s) Tratamientos dentales incluyendo angina de Ludwing, alveolares, gingivales y maxilofaciales.**
- T) Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedades o Padecimientos congénitos o genéticos**
- u) Los tratamientos que se requieran para la atención por intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, así como cualquier lesión auto-inflingida, aun cuando se produzca en estado de enajenación mental o bajo el efecto de enervantes.**

- v) ***Envenenamiento por automedicación, ingesta de barbitúricos. benzodiacepinas, anfetaminas o enervantes de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.***
- w) ***Hospitalización para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.***

## IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA

### 1. Servicio de Asistencia BX+

#### Asistencia Médica

##### a) **Asesoría médica telefónica**

Servicio de Asistencia BX+, orientará telefónicamente al Asegurado sobre problemas menores o dudas con relación a:

- Utilización de Medicamentos.
- Síntomas o molestias que le aquejen.

Este servicio será proporcionado las 24 horas de los 365 días del año. El Equipo de Médicos de Servicio de Asistencia BX+ no emitirá ningún diagnóstico, pero a Solicitud del Asegurado se le asistirá para:

- Programar la visita de un Médico a domicilio con costo para el Asegurado.
- Programar el envío de una ambulancia terrestre.

Ni la Compañía ni el Servicio de Asistencia BX+ serán responsables por la opinión o recomendaciones emitidas por los profesionales Médicos o por los servicios prestados por las instituciones médicas en las se atiende el Asegurado.

##### b) **Envío de Médico a domicilio** (consulta domiciliaria)

A Solicitud del Asegurado, el Servicio de Asistencia BX+ gestionará el envío de un Médico general sin costo o un Médico Especialista con costo (mismo que el Asegurado deberá liquidar directamente al Médico), hasta su residencia legal o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

Este servicio está limitado a dos Eventos durante la Vigencia de la Póliza y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

##### c) **Envío de ambulancia terrestre** (traslado Médico terrestre)

El Servicio de Asistencia Bx+, con el consentimiento del Asegurado, gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano.

Este servicio está limitado a un Evento sin costo durante la Vigencia de la Póliza y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

#### Asistencia Funeraria

Si a consecuencia de alguna enfermedad o padecimiento cubierto por la póliza, el Asegurado fallece, sus beneficiarios podrán contar con orientación y coordinación de los siguientes servicios:

- Recolección del cuerpo (20 kilómetros)
- Trámites y pago de derechos por muerte natural
- Traslado del cuerpo a la sala de velación (área metropolitana o dentro de la misma localidad)
- Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial.
- En caso de cremación, renta de ataúd.
- Traslado del cuerpo al crematorio.
- Cremación.

El costo de estos servicios quedará a cargo de los familiares y/o amigos del asegurado.

El servicio debe ser gestionado y coordinado telefónicamente con el prestador de Servicios de Asistencia, el cual podrá ofrecer dicha orientación y coordinación de servicios a través de su red de funerarias, no aplican reembolsos y deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento del Asegurado.

## V. Exclusiones (gastos no cubiertos)

En adición a las exclusiones particulares establecidas para cada cobertura, el presente Contrato de Seguro no cubre los siguientes Eventos, Enfermedades, Padecimientos o Accidentes, así como las complicaciones derivadas de éstos:

1. *Enfermedades o Padecimientos que hayan iniciado durante el Periodo de Espera especificado en cada cobertura en estas condiciones generales.*
2. *Enfermedades o Padecimientos Preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones.*
3. *Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio se haya manifestado o se haya diagnosticado en cualquier Periodo al Descubierto.*
4. *No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.*
5. *Enfermedades, Padecimientos o Accidentes no cubiertos en forma explícita en este Contrato de seguro.*

## VI. CLÁUSULAS GENERALES CONTRATO

La **Compañía** se obliga en los términos y condiciones de este contrato a indemnizar al Asegurado conforme a los beneficios contratados enunciados en la **Carátula de la Póliza**, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Generales.

Para todos los efectos legales, formarán parte de este Contrato:

- a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionados en la **Solicitud** del seguro.
- b) **Carátula de Póliza**.
- c) Condiciones Generales.
- d) **Endosos**.
- e) Folleto derechos básicos del **Asegurado**.
- f) Cualquier otra información proporcionada por el **Contratante** y/o **Asegurado Titular** para la contratación de esta **Póliza**, incluyendo cuestionarios y formatos de la **Compañía** que, éste o un tercero, haya requisitado a **Solicitud** de la **Compañía**.

## OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El **Contratante** y los **Asegurados**, o sus representantes, están obligados a contestar con veracidad los cuestionarios que constan en la **Solicitud** al momento de la contratación del seguro, asimismo declarar por escrito a la **Compañía**, todos los hechos para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato para el(los) Asegurado(s) de que se trate(n), aunque no hayan influido en la realización del Siniestro. (Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

## INICIO Y FIN DE VIGENCIA

La **Vigencia** de este contrato de seguro inicia y termina en la fecha y hora indicada en la **Carátula de la Póliza**.

## TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO

La **Vigencia** de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta **Póliza** o antes si se presenta lo siguiente:

- a) **La Vigencia de la Póliza podrá terminar de manera anticipada a Solicitud del Contratante en caso de que decida dar por terminado el contrato, la Compañía**

devolverá el 40% de la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada), siempre y cuando no haya reclamado ningún Siniestro.

En este caso, la Prima no devengada se devolverá al Contratante en un término de 10 días hábiles contados a partir de la solicitud del Contratante, mediante cheque nominativo para abono en cuenta del Contratante.

- b) En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 100% (cien por ciento) de la Prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada), sin incluir el derecho de Póliza.
- c) Esta Póliza terminará anticipadamente su Vigencia si el Contratante no paga la Prima respectiva dentro del periodo establecido en la cláusula de “PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O 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 alguna.

## RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el presente contrato, por las siguientes causas:

- a) Por cualquier omisión o inexacta declaración de alguno de los Asegurados con relación a los hechos que refieren los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, aunque no haya influido en el riesgo.  
La Compañía comunicará por escrito al Asegurado la rescisión del contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.
- b) Las demás causas consignadas en la Ley sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.

La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el contrato, respecto de ese Asegurado, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En este caso aplicará la devolución del 100% de la Prima neta pagada.

## ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Contratante o Asegurado Titular la Póliza correspondiente.

Al acordar la contratación del seguro, la Compañía proporcionará al Contratante o Asegurado Titular:

- 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 de que se pueda 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 CONDUSEF.

Enviará al Contratante o Asegurado Titular la Póliza y sus Condiciones Generales vía correo electrónico a la dirección proporcionada por el Contratante o a través del medio elegido en la Solicitud correspondiente, 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 último 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 **Contratante** o **Asegurado Titular** mediante aviso dado por escrito a la **Compañía**, o a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual se le proporcionará 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**.

## 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 treinta días que sigan al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

### Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones.”

## NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de la **Compañía**, señalado en la **Carátula** de la **Póliza**. En los casos en que el domicilio de la **Compañía** llegare a ser diferente del que conste en la **Carátula** de la **Póliza**, la **Compañía** 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 **Compañía** deba hacer al **Contratante** y/o **Asegurado Titular**, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del mismo que ésta conozca.

## MODIFICACIONES A PETICIÓN DEL CONTRATANTE

Cualquier modificación tales como altas, bajas y/o ajustes únicamente de carácter administrativo al presente **Contrato de Seguro** deberá hacerse por escrito y con **Solicitud** firmada por el **Contratante** o **Asegurado Titular** y aceptado por la **Compañía** por **Solicitud** expresa del **Contratante** o **Asegurado Titular**. El **Agente de seguros** sólo podrá tramitar las modificaciones solicitadas. Estas modificaciones deberán constar mediante **Endoso**.

Cualquier modificación administrativa solicitada por el **Contratante** o **Asegurado Titular** deberá apegarse a términos y condiciones del producto registrado ante la **CNSF**.

Todas las modificaciones a condiciones generales o especiales de aseguramiento deberán estar previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

## CAMBIO DE CONDICIONES Y/O CAMBIO DE PRODUCTO

La **Compañía** ofrece la opción al **Contratante** o **Asegurado Titular** finalizar su **Contrato de Seguro** durante la **Vigencia** de la **Póliza** y celebrar un nuevo **Contrato de Seguro**, con nuevas condiciones, respetando la antigüedad del Asegurado, siempre que se utilice el producto originalmente contratado.

El **Contratante** o **Asegurado Titular** podrá modificar algunos de los siguientes conceptos:

- **Suma Asegurada.**

Sólo en caso de que el **Asegurado** solicite un cambio de condiciones en el mismo producto, la **Compañía** no garantizará:

- El cambio sin requisitos de Asegurabilidad.
- Los Gastos no Cubiertos (**Exclusiones**).



Para solicitar dichos cambios, el **Contratante** o **Asegurado Titular** deberá pedir a la **Compañía** por escrito dichos cambios y deberá requisitar y firmar la Solicitud de Cambio y Cuestionario Médico con la finalidad que La Compañía realice el proceso de selección médica.

La **Compañía** puede o no aceptar dicho cambio de acuerdo con las políticas de cambio Vigentes.

En caso de ser aceptado el cambio solicitado, la **Compañía** deberá notificarlo por escrito, respetando la **Fecha de Alta** de la **Póliza** anterior y la **Fecha de Alta** de las Coberturas Adicionales.

## MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

### Altas

La **Compañía**, mientras se encuentre en vigor la **Póliza**, podrá incluir conforme a las pruebas de asegurabilidad que considere pertinentes y previa Solicitud por escrito del **Contratante** o **Asegurado Titular** de la misma, a las personas que cumplan con los requisitos para ser **Asegurado**, según la definición incluida en las presentes condiciones.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo **Asegurado**, deberá efectuarse el pago de la **Prima** correspondiente.

### Bajas

La notificación para dar de baja a el(los) **Asegurado(s)** de la **Póliza** deberá ser por escrito y firmada por el **Contratante** o **Asegurado Titular**, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la **Póliza** para ese **Asegurado**.

### Ajustes de Prima

En caso de alta de **Asegurados**, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, la **Compañía**, de ser necesario, cobrará al **Contratante** una **Prima** calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se devolverá al **Contratante** el 40% de la **Prima** neta pagada (**Prima no devengada**) al tiempo no transcurrido de **Vigencia** de la **Póliza** correspondiente a dicho **Asegurado** y/o movimiento, siempre y cuando no haya reclamado ningún **Siniestro**.

## RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Si el **Contratante** o **Asegurado Titular** no solicitó a la **Compañía** un cambio de condiciones o cambio de producto, la **Renovación**:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- Se respetará **Antigüedad** del **Asegurado** en la **Póliza**.
- No implicará modificación de los Periodos de Espera.
- No considerará los límites de las Edades de aceptación.

Los valores de la Prima aplicables en la Renovación, se harán del conocimiento del Contratante y/o Asegurado por parte de la Compañía con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza.

El Contrato de seguro se considerará renovado si el Contratante o Asegurado Titular no dan aviso por escrito de su voluntad de no renovarlo al menos 20 (veinte) días hábiles antes de la fecha de fin de Vigencia de la Póliza a renovar.

La Compañía no negará la Renovación del contrato por motivo de su siniestralidad, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de omisiones o inexactas declaraciones.

En cada Renovación, la Compañía aplicará las Condiciones que se encuentren vigentes y debidamente registradas ante la CNSF respetando la equivalencia con las condiciones de aseguramiento originalmente contratadas. Asimismo, se podrán actualizar los montos de Deducible, **Suma Aseguradas**, **Coaseguros** y topes de **Coaseguro**. En caso de **Solicitud** de cambio de condiciones, se aplicará lo establecido en las cláusulas "CAMBIO DE CONDICIONES" de estas Condiciones Generales.

En cada **Renovación**, la **Prima** se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por cada uno de los **Asegurados**, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, con apego a la metodología registradas en nota técnica ante la **CNSF**. El incremento de **Primas** en cada **Renovación** será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la **Prima** conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica. El pago de **Prima**, acreditada mediante el recibo, se tendrá como prueba suficiente de la **Renovación**.

## RÉGIMEN FISCAL

El régimen fiscal de este contrato de seguro estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al **Asegurado** y/o a sus **Beneficiarios**, cuando ocurra el riesgo amparado en la **Póliza**.

## BENEFICIO FISCAL

Las **Primas** por seguros de gastos médicos constituyen deducciones personales para el **Contratante**, siempre que el **Asegurado** sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta. (Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

## AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO

Para efectos de este contrato, se entenderá como Agravación de Riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, incrementando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.

Las obligaciones de la **Compañía** cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52, 53, 54 y 55, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o **Beneficiario(s)** realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la **Compañía**, si el(los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o **Beneficiario(s)**, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o **Beneficiario(s)** sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Capítulo XV del Acuerdo por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o **Beneficiario(s)** deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La **Compañía** consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este **Contrato de Seguro** pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

## EDAD

El límite de edad de renovación para este contrato será hasta 69 años.

Si a consecuencia de Inexacta declaración de la Edad del **Asegurado**, al tiempo de la celebración o de la **Renovación de la Póliza** queda fuera de los límites de aceptación fijados por este contrato, La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el contrato o sólo para este **Asegurado**.

Si el **Asegurado** hubiese pagado una **Prima** mayor a la de su edad real, la **Compañía** devolverá al **Contratante** el 40% de la **Prima** neta que hubiese pagado en exceso, calculada a partir de la fecha en la que la **Compañía** tenga conocimiento. El nuevo monto de la Prima se determinará de acuerdo con la edad real del **Asegurado**.

Si el **Asegurado** hubiese pagado una **Prima** inferior a la de su edad real, la **Compañía** solamente estará obligada a pagar los gastos amparados en la proporción existente entre la **Prima** estipulada y la **Prima** de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato. (Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cuando exista un error en la Edad imputable a la **Compañía**, se calculará la **Prima** con base en la Edad real realizando la devolución de **Prima** en caso de que la **Prima** de la Edad real resulte menor. En caso de que la **Prima** resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

## OCUPACIÓN

Si el **Asegurado** cambia de ocupación, lo deberá comunicar a la **Compañía** por escrito, dentro de los 15 días naturales siguientes al cambio de ocupación, para que a consideración de esta última continúe o no el seguro para esos **Asegurados**. En caso de no hacerlo se rescindirán de pleno derecho el **Contrato de Seguro**.

La **Compañía** cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de ocupación, para comunicar a los **Asegurados** su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de ocupación, si la **Compañía** no comunica su intención de cubrir al **Asegurado**, dentro del plazo mencionado, se tendrá por rechazada la propuesta y la **Compañía** devolverá al **Contratante** el 40% de la **Prima** neta de ese **Asegurado**, correspondiente al tiempo no transcurrido de **Vigencia** de la **Póliza**, siempre y cuando no haya reclamado ningún **Siniestro**. Si la **Compañía** acepta el riesgo, cobrará la prima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá los **Accidentes, Enfermedades o Padecimientos** relacionadas con la nueva ocupación.

## RESIDENCIA

Esta **Póliza** ampara a los **Asegurados** que radiquen en la República Mexicana.

## MONEDA

Los pagos de **Primas** e indemnizaciones de la **Póliza** se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la hora de pago. Los gastos efectuados en el extranjero se cubrirán al tipo de cambio vigente, de la moneda nacional, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, a la fecha de la erogación del gasto.

## PRIMA

La **Prima** total vence al momento del inicio de **Vigencia** del contrato, y las **Primas** fraccionadas al inicio de **Vigencia** del recibo correspondiente. La **Prima** total de la **Póliza** es la suma de las **Primas** correspondientes a cada uno de los **Asegurados**, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o **Renovación de la Póliza**.

En cada **Renovación**, la **Prima** se determinará por cada uno de los **Asegurados** y el **Contratante** podrá optar por el pago fraccionado de la **Prima** con el recargo correspondiente. El cálculo de la tarifa en vigor se realiza conforme al procedimiento descrito en la correspondiente Nota Técnica registrada ante la **CNSF**.

## PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERIODO DE GRACIA

El **Contratante** gozará de un plazo de 30 días naturales, conocido como periodo de gracia, contado a partir del vencimiento de la **Prima** ya sea el pago en una sola exhibición o fraccionado de acuerdo con lo contratado.

**Pasado el periodo de gracia, si no hubiere sido pagada el total de la Prima o la fracción correspondiente, cesarán los derechos del Asegurado estipulados en el Contrato de manera automática las doce horas del último día de ese plazo.**

**En caso de Siniestro, si la Póliza está dentro del periodo de gracia y aún no se ha pagado la Prima, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera el total de la Prima pendiente de pago.**

## 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 período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

La forma de pago estipulada para el seguro, se señala en la **Carátula** de la **Póliza**.

## LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA

Las **Primas** convenidas se pagarán en las oficinas de la **Compañía** contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las Primas también podrán ser pagadas a través de los medios de pago definidos por la compañía.

El estado de cuenta, recibo de pago o confirmación de la transacción bancaria hará prueba plena del pago en tanto La **Compañía** entregue el comprobante de pago correspondiente.

## REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de **Primas**, el **Contratante** o **Asegurado Titular** podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de cancelación, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El **Contratante** o **Asegurado Titular** lo soliciten por escrito a La **Compañía**.
- b) El(los) **Asegurado(s)** cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que La **Compañía** le(s) requiera.
- c) La **Compañía** comunicará por escrito al **Contratante** o **Asegurado Titular** la aceptación de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso no mayor a 15 días a partir de la **Solicitud** de rehabilitación por parte del **Contratante** o **Asegurado Titular**, si pasado este lapso La **Compañía** no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. Este contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que La **Compañía** comunique por escrito al **Contratante** o **Asegurado Titular** haber aceptado la propuesta de rehabilitación y el **Asegurado** haya pagado la **Prima** correspondiente. No se considerará rehabilitada la **Póliza** sin que el **Contratante** o **Asegurado Titular** haya recibido la notificación aun y cuando haya pagado la **Prima**.
- d) Pagar el importe del ajuste correspondiente al período comprendido desde la fecha de rehabilitación hasta el siguiente vencimiento de **Primas**.

**En ningún caso, la Compañía cubrirá Siniestros ocurridos durante el Periodo al Descubierto, así como Accidentes, Enfermedades o Padecimientos y sus complicaciones detectadas durante este periodo.**

**La Compañía se reserva el derecho de rehabilitar la Póliza transcurrido el periodo de gracia, una vez recibida la documentación solicitada arriba descrita, asimismo también la Compañía está facultada para solicitar información adicional que esté relacionada con la rehabilitación de la póliza y permita a la compañía la correcta evaluación del riesgo.**

## COMISIONES

Durante la **Vigencia** de la **Póliza**, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a la **Compañía**, 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 esta **Póliza**. La **Compañía** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la **Solicitud**.

## RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

En los términos de la **Póliza**, queda entendido que el **Asegurado** y/o **Beneficiario** al elegir voluntariamente el **Hospital**, los **Médicos** que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el **Asegurado** y/o **Beneficiario** con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el **Asegurado** y/o **Beneficiario**, por lo que la **Compañía** no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la **Póliza**, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

## PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO

Es obligación del **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** presentar por escrito a la **Compañía** la reclamación en caso de haberse presentado cualquier **Accidente**, **Enfermedad** o **Padecimiento** que pueda ser motivo de indemnización.

La **Compañía** tendrá derecho a exigir del **Contratante** o **Asegurado Titular** toda clase de información sobre los hechos relacionados con el **Siniestro** y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el **Contratante** o **Asegurado Titular** deberá comprobar a la **Compañía** la realización del **Siniestro** y deberá presentar los documentos correspondientes, debidamente requisitados, que para tal efecto se le proporcionen, los informes Médicos emitidos por el **Médico** o **Médico Especialista**, según corresponda, planes de tratamiento y estudios que le sean solicitados relacionados con el **Evento** reclamado, así como los comprobantes fiscales (recibos y facturas) de los gastos efectuados, en términos de lo requerido por cada cobertura.

La **Compañía** quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación cuando:

- a) El **Contratante** o **Asegurado Titular** obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la **Compañía** con motivo de determinar las circunstancias de la realización del **Siniestro** y las consecuencias del mismo.
- b) El **Asegurado** no presente la información o documentación solicitada por la **Compañía** sobre los hechos relacionados con el **Siniestro** y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula "PRESCRIPCIÓN" de estas condiciones y con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## SUBROGACIÓN DE DERECHOS

En caso de que el **Asegurado** sufra un daño amparado por la **Póliza** a consecuencia de un tercero, la **Compañía** tiene la facultad de recuperar de éste hasta la cantidad pagada por concepto de la(s) cobertura(s) del **Contrato de Seguro**.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el **Asegurado** o el **Beneficiario** tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien, si son civilmente responsables de la misma.

Si la **Compañía** lo solicita, a costa de la misma el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

## 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 de la misma ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

## INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la **Compañía**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora calculada de acuerdo con lo establecido 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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.  
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.  
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.  
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
  - a) Los intereses moratorios;
  - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
  - c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

## ARBITRAJE MÉDICO

Si existiere controversia entre el **Asegurado** y la **Compañía** por la improcedencia de una reclamación a las obligaciones definidas en las condiciones generales, el **Asegurado** podrá optar por acudir ante una persona física o moral que será designada por las partes de común acuerdo, para un arbitraje Médico independiente.

Para que se formalice el procedimiento de arbitraje ambas partes deberán de firmar un convenio arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la **Compañía**.

## COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Compañía o en la **CONDUSEF**. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el Juez Estatal del domicilio de cualquier delegación de la **CONDUSEF**”.

## PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con 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), en el siguiente enlace se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato: <https://www.vepormas.com/fwpf/storage/preceptoslegales.pdf>

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este 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 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](http://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 800 999 80 80; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número CNSF-S0016-0048-2022 / CONDUSEF-005213-02.



