



CNSF-S0016-0207-2020/CONDUSEF-004339-02.

**Premia
Bx+ Plus**

Seguros Bx+

Condiciones Generales

Seguro de Vida Individual Premia BX+ Plus

Septiembre 2020

“Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-004339-02.”

CONTENIDO

DEFINICIONES	5
Objeto del seguro	10
Cobertura Básica	10
Fallecimiento Y Supervivencia	10
Límites De Edad	10
Anticipo De Suma Asegurada Por Gastos Funerarios (Agf)	10
Anticipo De Suma Asegurada Por Enfermedad Terminal (Aet)	11
Coberturas Adicionales	12
Enfermedades Graves	12
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EXI)	17
Pago Adicional de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PADI)	18
Indemnización por Muerte Accidental (MA)	19
Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DI)	20
Doble Indemnización por Muerte Accidental colectiva y Pérdidas Orgánicas colectiva (TIA)	22
Dotales a Corto Plazo	24
Estados de Cuenta	24
Fondos de Administración	24
Retiros	25
Cláusulas Particulares	25
Beneficiarios	25
Edad	26
Valores Garantizados	27
Valores de Rescate	27

Seguro Saldado	28
Seguro Prorrogado	28
Suicidio	28
Aviso y Comprobación De Siniestros	28
Documentación del Asegurado:	29
Documentación del Beneficiario	30
Cláusulas Generales	31
Agravación Esencial del Riesgo	31
Comisiones	32
Competencia	32
Comunicaciones	32
Contratación por medios electrónicos (Vía telefónica e internet) o por persona moral distinta a agentes de seguros	33
Fraude, Dolo, Mala Fe O Culpa Grave.	35
Indemnización Por Mora	36
Indisputabilidad	38
Modificaciones	38
Moneda	39
Omisiones o inexactas declaraciones	39
Pago de Primas	39
Preceptos Legales	41
Prescripción	41
Servicios de Asistencia	42
Consentimiento De Uso De Datos Personales.	44

DEFINICIONES

Para los efectos del presente Contrato de Seguro, 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 del Contrato de Seguro.

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.

ASEGURADO

Es la persona física o moral que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza, aceptada por la Compañía y que así conste por escrito en la Carátula de la Póliza o Endoso correspondiente.

BENEFICIARIO

Persona física designada por el Contratante o Asegurado Titular con el derecho a recibir las indemnizaciones procedentes objeto de la cobertura de la Póliza.

CARÁTULA DE LA 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 aplicables y las Primas del seguro.

CLÁUSULAS GENERALES

Es el conjunto de principios básicos que establece La Compañía de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.

CONDUSEF

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

CONTRATANTE

Persona física y/o moral que suscribe el Contrato y 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.

CONTRATO DE SEGURO

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

- a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud del seguro.
- b) Carátula de Póliza.
- c) Condiciones Generales.
- d) Endosos.
- e) Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- f) 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.

CULPA GRAVE

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones.

DICTAMEN MÉDICO

Documento legal que tiene como objetivo el dar conocimiento sobre el estado de salud de un individuo.

El Dictamen Médico no tendrá validez, para efectos de este contrato de seguro, en los siguientes casos:

- El Asegurado es el Médico que expide el Dictamen,
- El Médico que expide el Dictamen es algún familiar del Asegurado

DOLO O MALA FE

Acto(s) mal intencionado(s) del Asegurado o Contratante, sus apoderados, sus representantes y/o sus beneficiarios, consistentes en falsas o inexactas declaraciones, presentación de documentación apócrifa, omisión de información relevante para la contratación de este seguro, aprovechándose de las condiciones del seguro, ya sea al momento de la contratación o modificación del riesgo o bien durante la reclamación de indemnización por la ocurrencia de un siniestro, con la intención de beneficiarse ilegítimamente el Asegurado o sus beneficiarios, o de hacerle incurrir a la Compañía en error, que pudiese haber excluido o restringido la responsabilidad de ésta.

ENDOSO

DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO QUE MODIFICA LOS TÉRMINOS ORIGINALES DE LA PÓLIZA. LO ESTIPULADO EN UN ENDOSO PREVALECE 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 o Enfermedades 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.

FRAUDE

Engaño o aprovechamiento del error para hacerse ilícitamente de alguna cosa o alcanzar un lucro indebido.

INDEMNIZACIÓN

Es el pago que se compromete a cubrir La Compañía en caso que se llegue a producir el hecho que tenga amparado el Asegurado.

En caso de continuar con vida el asegurado es a quien se le entregará la suma asegurada y en caso de fallecimiento del Asegurado la suma asegurada será entregada a los beneficiarios designados por el Asegurado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se considerará Invalidez Total y Permanente si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha de contratación de este Contrato de Seguro se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente o Enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a tres meses.

También se considerará Invalidez Total y Permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no operará el periodo a que se refiere el párrafo anterior.

Para los efectos de este Contrato de Seguro se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por La Compañía, el dictamen de Invalidez Total y Permanente dictado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes que considere pertinentes al Asegurado, siendo practicados por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

LA COMPAÑÍA

Se entenderá en lo sucesivo como La Compañía a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

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 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 este Contrato de Seguro y/o en alguna cobertura opcional. Los periodos de espera se mencionan en el apartado "PERIODOS DE ESPERA" de cada cobertura.

PRESTADOR DE SERVICIOS.

Empresa designada por La Compañía para otorgar los servicios de Asistencia.

SINIESTRO

Eventualidad prevista en el contrato de seguro.

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 del Contrato de Seguro, y formará parte integrante del contrato de seguro.

SUMA ASEGURADA

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

UDI

Unidades de Inversión

UMA

Unidad de medida y actualización.

VIGENCIA

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

OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es brindar al asegurado y a sus dependientes designados doble protección, en caso de fallecimiento o supervivencia del asegurado. Incluyendo para ello servicios de asistencia que apoyan en el cuidado de su salud, además de ofrecer la posibilidad de contar con un mecanismo de ahorro. La Compañía cubrirá los beneficios o servicios de acuerdo con:

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

Siempre y cuando el Siniestro ocurra durante el periodo de cobertura y cuando el Contrato de Seguro se encuentre en vigor y el Siniestro cumpla con lo enunciado en estas Condiciones Generales.

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO Y SOBREVIVENCIA

La Suma Asegurada de esta cobertura es pagadera por fallecimiento del Asegurado, si este ocurre durante la vigencia del Contrato de Seguro, a los beneficiarios designados.

En caso de que el asegurado llegue con vida al término de la vigencia del Contrato de Seguro, La Compañía, le liquidará al Asegurado el total del fondo en administración más el monto de las primas pagadas durante todo el plazo del seguro por concepto de la Cobertura Básica sin considerar: extra primas, recargos por pago fraccionado, derechos de póliza, primas de coberturas y/o beneficios adicionales, u otros conceptos diferentes a la prima pagada por fallecimiento.

Este seguro no permite cambio de suma asegurada durante el plazo del seguro.

LÍMITES DE EDAD

Los límites de admisión fijados por La Compañía para este Contrato son:

- Edad Mínima: 18 años de edad y
- Edad Máxima: 70 años de edad

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR GASTOS FUNERARIOS (AGF)

Si el asegurado fallece durante la vigencia del Contrato de Seguro, La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, por una sola vez y con independencia de las coberturas adicionales contratadas, un anticipo del 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, por concepto de gastos funerarios con un máximo de 20 UMAM, deduciendo proporcionalmente dicho anticipo, de la suma asegurada por fallecimiento.

La indemnización se pagará al beneficiario que lo reclame siempre que la suma asegurada a la que tiene derecho no sea inferior al monto del anticipo.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presenta a La Compañía el certificado de defunción del asegurado, siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido dentro de la vigencia del contrato de seguro.

LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad para este beneficio serán los mismos que se tienen para la cobertura de fallecimiento.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL (AET)

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro al Asegurado se le dictamina una enfermedad terminal, La Compañía pagará al asegurado, por una sola vez y con independencia de las coberturas adicionales contratadas, un anticipo del 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, con un máximo de 200 UMAM, deduciendo proporcionalmente dicho anticipo, de la suma asegurada por fallecimiento.

Se entenderá por enfermedad terminal cuando la enfermedad sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte, y no exista para la misma, tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativos, que permita una supervivencia superior a los 365 días.

Un enfermo en fase terminal, es aquel que en sus posibilidades de recuperación de acuerdo con su enfermedad, se reducen al mínimo; dando como resultado una esperanza de vida menor o igual a 6 meses.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presenta a La Compañía la documentación que acredite que el Asegurado fue diagnosticado con alguna de las enfermedades graves amparadas para este beneficio.

El Médico Especialista será el encargado de dictaminar al Asegurado la enfermedad grave.

En caso de ser diagnosticada al Asegurado, más de una enfermedad grave se indemnizará como máximo lo estipulado en la definición de este beneficio.

Esta cobertura ampara únicamente las enfermedades mencionadas a continuación y bajo las siguientes condiciones:

- a) **Insuficiencia hepática.** Etapa terminal de la insuficiencia hepática manifestada por la ictericia permanente, ascitis y/o encefalopatía hepática.

Especialista indicado: Hepatólogo o Gastroenterólogo.

- b) **Cáncer terminal.** La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, caracterizados por: crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales

Especialista indicado: Oncólogo.

- c) **Insuficiencia renal crónica.** La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico o irreversible, de ambos riñones.

Especialista indicado: Nefrólogo o Médico Internista.

- d) **Insuficiencia cardíaca.** La etapa final de la insuficiencia cardíaca comprende entre otros signos y síntomas la hemoptisis; cianosis, matidez pulmonar, hepatomegalia importante, cardiomegalia y/o edema.

Especialista indicado: Cardiólogo.

- e) **Enfermedad vascular cerebral.** Padecimientos cerebrovasculares tales como: trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo, los efectos tardíos de absceso o de infección piógena intracraneales, otras degeneraciones cerebrales u otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central.

Especialista indicado: Neurólogo o Médico Internista.

LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad para este beneficio serán los mismos que se tienen para la cobertura de Enfermedades Graves.

Exclusiones particulares de la cobertura básica

Las indemnizaciones correspondientes a los beneficios de la cobertura básica no se concederán 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 inicio de la póliza.

COBERTURAS ADICIONALES

ENFERMEDADES GRAVES

Mediante la contratación de esta cobertura y durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se ve afectado por primera vez en su vida por un padecimiento que ponga en peligro su vida y que sea diagnosticado como alguna de las enfermedades graves señaladas en los siguientes párrafos, La Compañía, le pagará la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura en la carátula de póliza.

EDADES DE CONTRATACIÓN

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

Edad Mínima: 18 años y

Edad Máxima: 64 años

El límite de edad para continuar con esta cobertura será hasta los 64 años

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el Asegurado alcance la edad de 65 años.

Las enfermedades graves que se amparan mediante esta cobertura son las siguientes:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardíaco): Necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área y que ocurre por primera vez, el diagnóstico debe incluir evidencia de los síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo, los cuales son:

- Historia del dolor torácico típico.
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o subagudo.
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica.

Cirugía Coronaria: Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco, el diagnóstico debe incluir la evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen, los cuales son:

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales.
- Implantación de la arteria mamaria interna.

Infarto y/o Hemorragia Cerebral: Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o centro del espacio sub-aracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas. El diagnóstico debe incluir la evidencia del daño neurológico permanente que deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angioresonancia.

Neoplasia Maligna (Cáncer): La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia excepto la leucemia linfocítica crónica, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplástica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológicos, endoscopía, radiología u otro método de imagen. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal con Necesidades de Diálisis Renal: La etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hacen necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo. Para efectos de esta cobertura, **queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis.**

Parálisis de las Extremidades: Pérdida total y permanente, producida por accidente o enfermedad, del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores o superiores) de forma completa e irrevocable, debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad. El diagnóstico debe incluir evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma.

Trasplante de un Órgano Vital: Es el que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser; corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador. El trasplante debe tener una indicación médica, que deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado. Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Compañía, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años o cuando La Compañía haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura (la primera ocurrencia de cualquiera de las enfermedades graves amparadas). La edad de aceptación será a partir de los 18 años cumplidos.

No existirá obligación alguna para La Compañía por concepto de esta cobertura, si el asegurado no es diagnosticado por alguna de las enfermedades graves mencionadas, durante la vigencia de esta cobertura.

La indemnización establecida para esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Compañía la documentación necesaria a través de la cual se acredite la enfermedad grave

del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el apartado **“AVISO Y COMPROBACIÓN DE SINIESTROS”**, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la cobertura correspondiente.

El periodo de espera para esta cobertura será de 120 días a partir del inicio de la vigencia.

Exclusiones particulares para esta cobertura

- 1. Se excluye cualquier enfermedad grave que existiera antes de la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro, siempre y cuando hubieren sido valoradas por un médico legalmente autorizado o diagnosticado mediante un resumen clínico, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, previo a la contratación del presente Contrato de Seguro.**
- 2. Para la enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:**
 - a. Angioplastía coronaria transluminal percutánea.**
 - b. Trombolisis.**
- 3. Para la enfermedad grave de Infarto y/o Hemorragia Cerebral queda excluido:**
 - c. Cuando no hay lateralización de los signos neurológicos y la sintomatología no prevalece por más de 24 horas.**
- 4. Para la enfermedad grave de Neoplasia Maligna (Cáncer) queda excluido:**
 - a. Neoplasia de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.**
 - b. Carcinoma “in situ” (por ejemplo, de cérvico uterino, vejiga, pólipos de recto y colon).**
- 5. Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuáles se consideran:**
 - a. Displasia Cervical NIC-I, NIC-II, NIC-III**
Los cuales son:
 - NIC-I Displasia Leve**
 - NIC-II Displasia Moderada**
 - NIC-III Severa Carcinoma In Situ**

- b. Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel III de Clark.**

Clasificación de Clark:

- **Grado I. Lesiones que sólo complican a la epidermis (melanoma in situ) no es una lesión invasiva.**
 - **Grado II. Infiltración de la dermis papilar, pero no alcanza la interfase papilar reticular de la dermis.**
 - **Grado III. Infiltración ocupa y expande la dermis papilar, pero no penetra la dermis reticular.**
 - **Grado IV. Infiltración en la dermis reticular pero no en el tejido subcutáneo.**
- c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocélulares de la piel.**
- d. Todos los carcinomas de células escamosas de la piel.**
- e. Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.**

Dónde:

Etapas T I

Se encuentran células cancerosas en la biopsia, pero no se nota nada en el tacto rectal.

Las etapas T I se pueden subclasificar en T I a, T I b y T I c.

Las etapas T I a y T I b corresponden a tumores encontrados accidentalmente durante una resección transuretral de la próstata que es una operación que se hace para disminuir los síntomas que se presentan cuando hay un agrandamiento de la próstata que se supone benigno.

La etapa T I indica que más del 95% del tejido extraído es benigno y menos de un 5% es maligno.

Se clasificará como T I b si más del 5% del tejido es maligno.

Los cánceres en la etapa T I c se localizan porque se ha realizado una biopsia debido a que se ha detectado alguna anomalía en la prueba de sangre de determinación del antígeno prostático.

EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EXI)

Mediante la contratación de esta cobertura y si durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado sufre una invalidez total y permanente, La Compañía se compromete a continuar con el pago de las primas de la Suma Asegurada por Fallecimiento.

La exención del pago de primas, será respetando las características originales del plan, de modo que la Suma Asegurada por Fallecimiento, se mantendrá vigente de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Seguro. Para hacer uso de este beneficio, el Asegurado deberá pagar previamente todo adeudo contraído por concepto de primas, pudiendo inclusive compensar las primas y préstamos que se adeuden, derivados de este Contrato, anterior a la ocurrencia de la invalidez del Asegurado, de acuerdo con la definición de Invalidez Total y Permanente descrita en estas Condiciones Generales.

Esta cobertura Adicional entrará en vigor a partir de su contratación. Se activará e iniciará, una vez que se haya acreditado a La Compañía la invalidez del Asegurado de acuerdo con la definición de Invalidez Total y Permanente descrita en estas Condiciones Generales.

Cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, La Compañía podrá exigir la comprobación de que continúa el estado de invalidez total y permanente del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación, cesará este beneficio, debiendo el Asegurado reanudar el pago de primas a partir de la que venza inmediatamente después de que esto ocurra.

EDADES DE CONTRATACIÓN

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

- Edad Mínima: 18 años y
- Edad Máxima: 55 años

El límite de edad para continuar con esta cobertura será hasta los 59 años

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el Asegurado alcance la edad de 60 años.

PERIODO DE ESPERA

El periodo de espera para esta cobertura será de 90 días a partir del inicio de la vigencia.

EXCLUSIONES PARTICULARES PARA ESTA COBERTURA Esta cobertura no cubre la invalidez que se origine a causa de:

- **Lesiones provocadas voluntariamente por el propio Asegurado.**
- **A consecuencia de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones, o actos delictivos intencionales cometidos por el propio Asegurado.**
- **A lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Navegación aérea, excepto que al ocurrir el accidente el Asegurado viajare como pasajero en avión registrado como transportación pública aérea para pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**

Son aplicables todos los términos, Condiciones Generales y Exclusiones Generales de la Cobertura Básica.

PAGO ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PADI)

Mediante la contratación de esta cobertura, si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un Accidente o una Enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, La Compañía le pagará la Suma Asegurada de esta cobertura.

Esta cobertura se cancelará a partir de la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro.

EDADES DE CONTRATACIÓN

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

- Edad Mínima: 18 años y
- Edad Máxima: 55 años

El límite de edad para continuar con esta cobertura será hasta los 59 años

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el Asegurado alcance la edad de 60 años suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

PERIODO DE ESPERA

El periodo de espera para esta cobertura será de 90 días a partir del inicio de la vigencia.

Exclusiones particulares de la cobertura:

Esta cobertura no cubre la invalidez que se origine a causa de:

- **Lesiones provocadas voluntariamente por el propio Asegurado.**
- **A consecuencia de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones, o actos delictivos intencionales cometidos por el propio Asegurado.**
- **A lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Navegación aérea, excepto que al ocurrir el accidente el Asegurado viajare como pasajero en avión registrado como transportación pública aérea para pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**

Son aplicables todos los términos, Condiciones Generales y Exclusiones Generales de la Cobertura Básica.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

Mediante la contratación de esta cobertura, La Compañía pagará la Suma Asegurada por Muerte Accidental, estipulada en la Carátula de la Póliza.

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a La Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un Accidente y que éste haya ocurrido durante el periodo de vigencia del Contrato de Seguro.

En caso de que se haya pactado un pago de primas de manera fraccionada, se deducirá la parte de la prima anual correspondiente al periodo no devengado de la indemnización que se le conceda al asegurado.

La indemnización por esta cobertura en ningún caso será mayor a la Suma Asegurada por Fallecimiento que ampara el Contrato de Seguro de la que forma parte.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- La póliza se encuentre vigente al momento de ocurrida la muerte accidental del Asegurado.
- El accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura, El fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

EDADES DE CONTRATACIÓN

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

- Edad Mínima: 18 años y
- Edad Máxima: 60 años

El límite de edad para continuar con esta cobertura será hasta los 69 años

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el Asegurado alcance la edad de 70 años suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DI)

Mediante la contratación de esta cobertura, La Compañía pagará la suma asegurada Contratada por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, estipulada en la Carátula de la Póliza.

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a La Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un accidente y que éste haya ocurrido durante el periodo de vigencia del Contrato de Seguro.

En caso de que se haya pactado un pago de primas de manera fraccionada, se deducirá la parte de la prima anual correspondiente al periodo no devengado de la indemnización que se le conceda al asegurado.

La indemnización por esta cobertura en ningún caso será mayor a la Suma Asegurada por Fallecimiento que ampara el Contrato de Seguro de la que forma parte.

La Compañía pagará el porcentaje correspondiente de la suma asegurada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de Indemnizaciones,, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante el plazo del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece o sufre pérdidas orgánicas:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

Por la pérdida de:

Tabla de Indemnizaciones	
Por la pérdida de:	
La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo, o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo Pulgar de cualquier mano	15%

Si La Compañía llegará a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de Muerte Accidental se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo accidente.

En cualquier caso estas coberturas no se renovarán al término del año póliza en el cual se hubieran pagado alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas.

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- La póliza se encuentre vigente al momento de ocurrido el siniestro amparado.
- El accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura.
- La muerte accidental del asegurado o la pérdida orgánica, ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

EDADES DE CONTRATACIÓN

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

- Edad Mínima: 18 años y
- Edad Máxima: 60 años

El límite de edad para continuar con esta cobertura será hasta los 69 años

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el Asegurado alcance la edad de 70 años suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA (TIA)

Mediante la contratación de esta cobertura, La Compañía duplicará la Suma Asegurada para la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridos por el Asegurado:

- a. Al accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b. Al accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público.

Quedan excluidos los ascensores industriales y de minas.

- c. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

Si La Compañía llegará a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de Muerte Accidental se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo accidente.

En cualquier caso estas coberturas no se renovarán al término del año póliza en el cual se hubieran pagado alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- La póliza se encuentre vigente al momento de ocurrido el siniestro amparado.
- El accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura.
- La muerte accidental del asegurado o la pérdida orgánica, ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

EDADES DE CONTRATACIÓN

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

Edad Mínima: 18 años y

Edad Máxima: 60 años

El límite de edad para continuar con esta cobertura será hasta los 69 años.

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el Asegurado alcance la edad de 70 años suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

Exclusiones aplicables a las coberturas por Accidente (Muerte Accidental, Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, Doble Indemnización por Accidente Colectivo)

Estas coberturas no cubren el Accidente que se origine a causa de:

- **Si la muerte del Asegurado se debe a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas por las lesiones a que esta cobertura se refiere.**
- **Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- **Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- **Muerte a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- **Homicidio, lesiones o muerte si resultan de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- **Suicidio (consciente o inconsciente) o conato de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- **Muerte sufrida al prestar el servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
- **Navegación aérea, excepto que al ocurrir la muerte el Asegurado viajare como pasajero en avión registrado como transportación pública aérea para pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**

Son aplicables todos los términos, Condiciones Generales y Exclusiones Generales de la Cobertura Básica.

DOTALES A CORTO PLAZO

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza el Asegurado podrá contratar coberturas dotales a corto plazo, las cuales estarán sujetas a las siguientes cláusulas:

- La tarifa correspondiente podrá variar y se aplicará la que esté vigente en la fecha del pago de la prima correspondiente a esta cobertura siempre de conformidad con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- La vigencia de todo dotal a corto plazo será de un mes natural, siempre y cuando La Compañía no defina un periodo diferente.
- En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura, los beneficiarios designados en el Contrato de Seguro, recibirán la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- En caso de sobrevivencia del Asegurado al final del plazo del dotal vencido, la suma asegurada contratada para esta cobertura será abonada al fondo de administración, salvo que el asegurado gire instrucciones en contrario.
- El pago de la prima correspondiente a la cobertura descrita en esta cláusula, deberá realizarse en una sola exhibición y se tomará como inicio de vigencia de la cobertura, la fecha que se indique en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.
- Esta cobertura no genera dividendos.

Para esta cobertura no serán aplicables las cláusulas relativas a: Rehabilitación, liquidación, valores garantizados, seguro saldado y seguro prorrogado.

LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad para este beneficio serán los mismos que se tienen para la cobertura de fallecimiento.

ESTADOS DE CUENTA

La Compañía enviará al Asegurado mensualmente un estado de cuenta indicándole todos los movimientos operados en el año precedente, así como su saldo acumulado.

El contratante dispone de 45 días naturales para solicitar cualquier rectificación, contados a partir de que reciba el estado de cuenta en el último domicilio registrado por la Compañía.

FONDOS DE ADMINISTRACIÓN

La Compañía está autorizada para administrar valores en efectivo propiedad del Asegurado provenientes de dotales a corto plazo. Dichos valores en administración constituyen el fondo de administración.

Este fondo generará intereses según la tasa de rendimiento obtenido por La Compañía en sus inversiones. Dichos Intereses se calcularán y abonarán al cierre de cada mes considerando el período real de inversión.

Al cierre de cada mes La Compañía deducirá el equivalente a la tasa anual previamente pactada con el Asegurado, sobre el fondo invertido considerando el período real de inversión, por concepto de gastos de administración.

El Fondo de Administración del Asegurado formará parte de la liquidación que haga La Compañía al Asegurado en caso de cancelarse la Póliza o, de la liquidación que haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del Asegurado o al término de la vigencia del plan.

Si el contratante dejare de cubrir una prima dentro del período de espera, ésta se pagará del saldo de la cuenta del fondo de administración siempre que éste así lo permita.

RETIROS

El Asegurado podrá realizar, sin costo, dos retiros de su fondo por cada año póliza que representen la totalidad o una parcialidad de su saldo para lo cual deberá solicitarlo por escrito con al menos 30 días de anticipación. En caso de haber más de 2 retiros, cada uno de ellos tendrá un costo del 3% del monto del retiro con un máximo de una UMA mensual y un costo mínimo de 15 UMA diarias. En ningún caso, el Asegurado podrá realizar más de 4 retiros en el año póliza.

CLÁUSULAS PARTICULARES

BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a La Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. La Compañía informará al Asegurado de este cambio a través de la nueva versión de la Carátula de la Póliza. La Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a La Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

La Suma Asegurada derivada de este Contrato será pagada al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

ADVERTENCIAS: El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

EDAD

La edad del Asegurado asentada en esta Póliza debe comprobarse, presentando prueba a La Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba. Este requisito debe cubrirse antes de que La Compañía efectúe el pago de la Suma Asegurada.

Cuando por dicha comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad declarada por el Asegurado y ésta se encuentre dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se procederá de acuerdo con lo siguiente:

- A.** Cuando a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La Compañía 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.
- B.** Si La Compañía hubiera entregado ya el importe de la Suma Asegurada al descubrirse la inexactitud en la edad declarada del Asegurado, tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.
- C.** Si a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada

a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- D.** Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, La Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada, que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para todos los cálculos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, se rescindirá el Contrato devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Contrato en esta fecha.

VALORES GARANTIZADOS

Los Valores a los que tiene derecho el Asegurado y que La Compañía ofrece son el Valor de Rescate o Valor en Efectivo, Seguro Saldado y el Seguro Prorrogado, los cuales se muestran en la Tabla de Valores Garantizados contenida en esta Póliza.

Los Valores Garantizados se calcularán con el monto del Valor de Rescate que corresponda de acuerdo con lo descrito en la cláusula de Valor de Rescate de estas condiciones generales.

VALORES DE RESCATE

El Valor de Rescate o Valor en Efectivo es la cantidad que el Asegurado podrá recuperar por la cancelación de la Póliza con anticipación a su fecha de vencimiento.

- Dicha cantidad se especifica en la columna de Valor en Efectivo de la Tabla de Valores Garantizados, en la línea correspondiente con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas.
- Para obtener el Valor de Rescate, el Asegurado deberá realizarlo por escrito a La Compañía.
- Para hacer uso de este derecho, es necesario liquidar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.
- Una vez liquidado el Valor de Rescate, este Contrato de Seguro quedará automáticamente cancelado.
- Al Valor de Rescate efectuado se le aplicará la retención conforme lo prevea la Ley del Impuesto Sobre la Renta al momento de la solicitud del rescate correspondiente.

SEGURO SALDADO

Sin más pago de primas, el Seguro Saldado mantiene este contrato en vigor para la suma que se especifica en la Tabla de Valores Garantizados en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas.

Para hacer uso de este derecho el Asegurado deberá solicitarlo por escrito y remitir la póliza para su anotación. El importe del Seguro Saldado será pagado por La Compañía en las mismas condiciones que lo sería la suma asegurada original.

El contratante podrá obtener como rescate del seguro saldado, el 85% de la reserva que corresponda al contrato.

SEGURO PRORROGADO

El contratante podrá optar por continuar el seguro sin más pago de primas, por la suma asegurada contratada, por el periodo en años, meses y días que señala en la tabla respectiva de valores garantizados, a cuyo término, si el Asegurado permanece con vida, el seguro terminará sin obligación alguna para La Compañía.

Para hacer uso de este derecho el Asegurado deberá solicitarlo por escrito y remitir la póliza para su anotación.

El contratante podrá obtener como rescate del seguro prorrogado, el 85% de la reserva que corresponda al contrato.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Compañía pagará a los Beneficiarios designados el monto de la reserva matemática constituida en la fecha del fallecimiento, menos cualquier adeudo, si éste ocurre durante los dos primeros años de vigencia o de la última rehabilitación de la Póliza.

AVISO Y COMPROBACIÓN DE SINIESTROS

Es obligación del Asegurado presentar por escrito a La Compañía 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 Asegurado gozará de un plazo máximo de 5 días para presentar el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de 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 Compañía 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.

Para el pago de cualquiera de las coberturas contratadas, se deberá entregar la correspondiente solicitud de reclamación en el formato que al efecto proporcionará La Compañía, en que se consignarán todos los datos e informes que en el mismo se indiquen y será firmado por el interesado o su representante legal, según corresponda, bajo protesta de decir verdad, al que se deberá acompañar la documentación siguiente:

DOCUMENTACIÓN DEL ASEGURADO:

- Muerte natural:

- Original del formato de Reclamación del Seguro de Vida debidamente requisitado.
- Original o copia certificada del Acta de defunción del Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de nacimiento del Asegurado
- Copia de Identificación oficial del Asegurado CURP, RFC y comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (cotejada contra original), cuando se cuente con éstos.
- Designación de beneficiarios en original de Asegurado.

- Muerte accidental:

- Cuando las causas del siniestro hayan sido con violencia (muerte accidental), copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, que incluya: Fe, levantamiento e identificación del cadáver, necropsia, examen químico-toxicológico (para drogas y alcohol), declaraciones de testigos con relación a los hechos, en caso de accidente automovilístico parte de tránsito o policía federal preventiva.

- Invalidez Total y permanente:

- Dictamen del Médico tratante en caso de las coberturas de Perdidas de Miembros en hoja membretada con sello y firma que indique fecha de inicio.
- Dictamen de Invalidez en caso de las coberturas relacionadas con la Invalidez emitido por el IMSS o ISSSTE. En caso de dictamen emitido por Médico Particular (Historia clínica completa y estudios, así como cartas de no. afiliación al IMSS e ISSSTE).
- Constancia de baja ante el IMSS o ISSSTE.
- Historia clínica completa y copia de últimos estudios realizados que incluyan interpretaciones de los mismos.

- Enfermedades Graves:

- Carta reclamación por escrito con la formal petición de la indemnización de la cobertura, acompañada de los exámenes médicos y pruebas recientes que fundamenten el

diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas. La Compañía, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, La Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.

- Historia clínica actualizada y expedida por el médico o médicos que hubieran tratado al Asegurado.
- Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.
- Formato “Solicitud de Pago, Finiquito por Transferencia Bancaria”.
- Estado de Cuenta Bancario con Clabe Interbancaria.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Original o copia certificada del Acta de Matrimonio en caso de que el cónyuge sea el beneficiario.
- Original o copia Certificada del Acta de Nacimiento del Beneficiario.
- Copia de Identificación oficial de los beneficiarios CURP, RFC y comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (cotejada contra original)

Nota: Cuando existan incongruencias en los documentos presentados, es necesario solventar esas inconsistencias y acreditar las mismas con los documentos adicionales en copia certificada que cumplan con los requisitos legales, y que sean emitidos por las instituciones que correspondan; y en casos especiales cuando aplique: juicio de sucesión testamentaria, tutoría de beneficiarios menores de edad, acreditación de concubinato, etc.

Cada caso se analizará de manera individualizada, tendiendo derecho a solicitar al asegurado y/o beneficiario cualquier información o documentación relacionada con la ocurrencia del siniestro y sea necesario para conocer el origen y consecuencias del mismo.

MEDIO DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía liquidará al Asegurado la Suma Asegurada correspondiente a las coberturas contratadas en una sola exhibición, una vez que se haya acreditado a La Compañía los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

La prima anual no vencida, o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este contrato, serán deducidos de la liquidación correspondiente.

CLÁUSULAS GENERALES

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 y 53 fracción I, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Es obligación del asegurado, comunicar a La Compañía 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 él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

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 de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, (actualmente 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.

Lo descrito en los párrafos anteriores quedará sin validez alguna de conformidad con lo previsto en el artículo 55 de la Ley del Contrato del Seguro, donde se estipula que en el caso que el asegurado no cumpla con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, siempre y cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos ante la UNE o en la CONDUSEF. A su elección, podrá determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones en los términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación de cualquiera de las partes relacionada con este Contrato de Seguro, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

Si La Compañía cambia de domicilio lo comunicará al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes.

Los requerimientos y comunicaciones que La Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca La Compañía.

CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS (VÍA TELEFÓNICA E INTERNET) O POR PERSONA MORAL DISTINTA A AGENTES DE SEGUROS.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Compañía y el Contratante y/o Asegurado convienen en utilizar para la contratación del presente seguro los medios electrónicos (vía electrónica e internet) o la prestación de servicios de personas morales distintas de agentes de seguros, que cuentan con un mecanismo de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente:

- A) El Contratante y/o Asegurado obtendrá de la Compañía (interlocutor o la página de internet) la información general del seguro, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación del seguro, así como sus características esenciales.
- B) El Contratante y/o Asegurado obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:

Si es vía telefónica: responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en contratar y proporcionar los datos de autenticación del solicitante e información necesaria para la celebración de la Póliza.

Si es por internet: ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica, sus datos personales, del Asegurado y la información necesaria para la celebración de la Póliza.

En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la Prima y su dirección de correo electrónico.

Para la identificación y autenticación, el Contratante y/o Asegurado, la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la Prima.

El uso de los medios de autenticación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y/o Asegurado y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

- C) La Compañía hará saber al Contratante y/o Asegurado, de manera fehaciente y a través del mismo medio, su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante y/o Asegurado el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.
- D) La Compañía (interlocutor o la página de internet) preguntará al Contratante y/o Asegurado el medio por el cual desea recibir su documentación contractual. La Compañía entregará

la documentación contractual al Contratante y/o Asegurado a través del medio elegido por éste. De forma adicional, le proporcionará la dirección de la página de internet donde el Contratante y/o Asegurado podrá consultar las presentes condiciones generales, así como los datos de contacto para la atención de siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada Atención a Clientes.

- E) En caso que el Contratante y/o Asegurado desee solicitar la terminación anticipada de su póliza podrá llamar al teléfono indicado en la carátula de la póliza en donde se le indicará el procedimiento a seguir y proporcionará un número de folio. También podrá realizarlo mediante escrito libre presentado directamente en la Unidad Especializada Atención a Clientes.

Una vez recibida la solicitud, la Compañía procederá a terminar anticipadamente el contrato de seguro.

Al realizar la contratación de este seguro por medios electrónicos (vía telefónica e internet) o por persona moral distinta de agentes de seguros, reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la Compañía.

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante y/o Asegurado.

Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de pruebas para demostrar la existencia de la póliza, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La Compañía garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante y/o Asegurado a través de la llamada telefónica, internet o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios, para la celebración del contrato de seguro. Así mismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el contratante para el pago de la prima.

En caso que la persona que efectuó la solicitud no sea el Asegurado, el Contratante y/o Asegurado acepta(n) como suyas todas las declaraciones y manifestaciones efectuadas a la Compañía por quien realizó la solicitud.

El Contratante y/o Asegurado expresa(n) su consentimiento para que la Compañía emita las pólizas y sus endosos o anexos, en forma escrita o a través de medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología válida y no podrán objetar el uso de estos medios u oponerse a los mismos, por lo que en la interpretación y cumplimiento de este contrato se sujetan a lo dispuesto por el Título Segundo, del comercio Electrónico, Libro Segundo del Código de comercio Vigente artículos 89 al 114 empleo de medios electrónicos en la celebración de actos de comercio.

La Compañía, el Contratante y/o Asegurado declaran conocer el contenido y alcance de las disposiciones legales y reglamentarias relativas a la celebración de actos jurídicos, mediante el uso de medios electrónicos o de cualquier otra tecnología, por lo que están dispuestos a operar a través de los mismos ya que no les son ajenos.

Así mismo, la Compañía, Contratante y/o Asegurado aceptan que la creación, transmisión, modificación y extinción de derechos y obligaciones derivados del a póliza electrónica se soporta mediante especificaciones digitales en términos del Título Segundo, del Comercio Electrónico, Capítulo I de los Mensajes de Datos, artículos 89 al 99 y demás relativos y aplicables del Código de Comercio, así como aquellos que resulten aplicables de la Circular Única de Seguros y Fianzas, que garantiza frente a terceros la identidad, autenticidad e integridad de las operaciones y servicios prestados.

La Compañía podrá solicitar y recibir documentación e información del Contratante y/o Asegurado mediante medios electrónicos y éste deberá garantizar a satisfacción de la compañía los medios de creación, transmisión y modificaciones de dicha información, que le permita asegurar la identidad, autenticidad e integridad de la documentación electrónica generada y transmitida.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y/o Contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de la dirección de correo electrónico proporcionada por el Contratante al momento de la contratación o a través del medio elegido por éste.

En cualquier momento, el Asegurado y/o Contratante podrá(n) consultar y obtener una copia de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro en www.vepormas.com

El Contratante y/o Asegurado podrá(n) acudir a las oficinas de la Compañía a solicitar la documentación contractual del seguro contratado.

El Contratante y/o Asegurado podrá(n) solicitar por escrito copia de las respectivas cláusulas, éstas se generarán y serán remitidas de la misma forma que el propio Asegurado señale.

FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- A) Si el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes omite(n) el aviso a que se refiere cláusula de “AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO”, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro. O si omitiese(n) notificar cualquier agravación esencial del riesgo, en los términos de este Contrato de Seguro.
- B) Si con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía la documentación de que trata la Cláusula de “AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO”.

- C) Si hubiere en el siniestro o en la Reclamación fraude, dolo o mala fe del Asegurado, del Beneficiario, o de sus respectivos causahabientes.
- D) Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que La Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual, con fundamento en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden

establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable desde el momento en que se cumplan dos años, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia o la de su última rehabilitación, al efecto La Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia o rehabilitación, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera La Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante los dos primeros años. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

MODIFICACIONES

Cualquier modificación 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 solicitada por el asegurado 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.

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.

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 de acuerdo a los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aun cuando estos no hayan influido en la realización del siniestro, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La Compañía comunicará en forma fehaciente al Contratante y/o Asegurado la rescisión del Contrato de Seguro, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

PAGO DE PRIMAS

1 PRIMAS

La prima total del Contrato de Seguro es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la misma.

La Prima anual estipulada para cada cobertura deberá ser pagada al inicio de cada aniversario del Contrato de Seguro. No obstante, las partes podrán optar por el pago fraccionado de la prima, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado. Para tal efecto, aplicará la tasa de financiamiento pactada entre la Compañía y el Contratante, a la fecha de celebración del contrato de seguro.

2) LUGAR DE PAGO DE PRIMA

A menos que se acuerde de otra forma entre el Contratante y La Compañía, es obligación del Contratante pagar en las oficinas de La Compañía las primas convenidas, contra entrega del recibo de pago correspondiente, el cual deberá reunir los requisitos de validez en él mencionados. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios tales como tarjetas bancarias, transferencias electrónicas o

depósito en cuenta. El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo, transferencia y/o depósito, hará prueba plena del mismo, hasta en tanto La Compañía entregue el comprobante correspondiente.

3) PERIODO DE GRACIA

El contratante o el Asegurado, según sea el caso, dispone de un periodo de gracia de treinta días naturales para el pago de las primas. Durante dicho lapso, el contrato continuará en pleno vigor. Si dentro del mismo plazo ocurre la muerte del asegurado, La Compañía pagará la suma asegurada convenida, después de contar con las pruebas del fallecimiento, descontando cualquier adeudo que el contratante o el Asegurado, tuviere con La Compañía.

Una vez transcurrido el período de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, se aplicará el saldo del fondo de inversión si lo hubiere, conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente, si dicho fondo es insuficiente, se aplicará lo establecido en la cláusula relativa a préstamo automático para el pago de primas, dando aviso al Asegurado de dicha aplicación.

En este caso y sin necesidad de previa solicitud del Contratante, La Compañía le prestará para el pago de la prima el importe de la misma con la sola garantía de su reserva matemática.

Para la aplicación de esta cláusula se entiende por prima, la prima total de la póliza, incluyendo las primas de beneficios adicionales.

4) CESACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO.

Si no hubiere sido pagada la prima o fracción correspondiente, de acuerdo con lo previsto en el numeral anterior, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas de la fecha límite del pago.

5) REHABILITACIÓN

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 60 (sesenta) días siguientes a la fecha de cancelación, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El Contratante o Asegurado lo solicite por escrito a La Compañía.
- b) El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad que La Compañía le requiera.
- c) La Compañía comunicará por escrito al Contratante o Asegurado 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, 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 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 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.

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.

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>

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de Fallecimiento, en dos años en los demás casos. En todos los casos los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

Los plazos mencionados con anterioridad no correrán 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor (Artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

SERVICIOS DE ASISTENCIA

Los Servicios de Asistencia descritos en este apartado son garantizados al Asegurado en esta póliza por parte de la Compañía, y serán proporcionados directamente por la empresa de Asistencia contratada, con recursos e instalaciones propias, contando con las pólizas de seguro de reembolso o de exceso de pérdida, que, en su caso, correspondan para respaldar la suficiencia de los recursos requeridos para el cumplimiento de las obligaciones pactadas. Ante cualquier inconformidad o deficiencia en la prestación de los Servicios de Asistencia, el Asegurado en esta póliza podrá acudir ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

En caso de que el Proveedor no preste el o los servicios aquí estipulados, el Asegurado podrá realizar la contratación del prestador de servicios requerido, a fin de limitar y/o evitar y/o controlar el alcance de los daños que se pudieran causar.

En cuyo caso, el Asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos efectuados hasta por el límite y eventos antes mencionados a La Compañía.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA BX+

El Asegurado queda amparado siempre y cuando tenga contratado este servicio de asistencia y se indique como amparado en la carátula de póliza. El proveedor del servicio de asistencias será el que La Compañía designe y podrá o no ser el mismo durante la vigencia del Contrato de Seguro.

EDADES DE CONTRATACIÓN

Las edades de aceptación para la contratación de los servicios de asistencia serán las mismas que para la cobertura básica exceptuando la asistencia funeraria la cual tiene como edad máxima de contratación de 69 años.

CANCELACIÓN

La edad de cancelación para de los servicios de asistencia será la misma que para la cobertura básica.

Los beneficios a los que tendrá derecho el asegurado titular se describen a continuación:

ASISTENCIA MÉDICA

A. Asesoría Médica Telefónica

Servicio de Asistencia B×+, 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 B×+ no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Asegurado se le direccionará para:

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

La Compañía será responsable respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los médicos o instituciones médicas.

B. Médico A Domicilio (consulta domiciliaria)

A solicitud del Asegurado, el Servicio de Asistencia B×+ gestionará el envío de un médico general sin costo o un médico especialista con costo preferencial (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 por aniversario la Póliza y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

C. Envío de ambulancia terrestre (traslado médico terrestre)

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

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

D. Asistencia Nutricional

Servicio de Asistencia B×+ proporcionará al Asegurado vía telefónica asistencia nutricional que incluye guía para una dieta balanceada de acuerdo al perfil del Asegurado, asesoría para el mejoramiento de los hábitos alimenticios, información nutricional, control de obesidad y peso.

E. Plan Visual

Servicio de Asistencia B×+ proporcionará al Asegurado a través de su red de proveedores, un plan Visual con precios preferenciales.

F. Plan Dental

Servicio de Asistencia B×+ proporcionará al Asegurado a través de su red de proveedores, un plan Dental con precios preferenciales.

G. Referencia A Médicos Especialistas En Consultorio.

A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias a médicos de distintas especialidades quienes atenderán al paciente a costo preferencial, mismo que el Asegurado deberá liquidar directamente al médico.

H. Asistencia Emocional

Se brindará al Asegurado asesoría psicológica telefónica profesional, los 365 días del año, en situaciones críticas de conducta y estados anímicos a través de terapia breve.

I. Convenios Con Clínicas Y Laboratorios

Servicio de Asistencia B×+ proporcionará al Asegurado acceso a su red de descuentos con farmacias, laboratorios, hospitales y clínicas.

J. Análisis De Laboratorio

El Asegurado podrá acceder a un check-up básico con costo preferencial. Así mismo podrá obtener descuentos de 10% a 35% en los laboratorios y clínicas afiliados a la red de Servicio de Asistencia B×+.

ASISTENCIA FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular de la Póliza los familiares tendrán acceso a la red de funerarias con las que Servicio de Asistencia B×+ tiene convenios, en las que se otorgará un descuento único de \$10,000 pesos en cualquier paquete de servicio funerario aplicable para la red de Servicio de Asistencia B×+. El servicio debe ser gestionado y coordinado telefónicamente por Servicio de Asistencia B×+ desde un inicio con su red de funerarias, no aplican reembolsos y deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento del Asegurado.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES.

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la Compañía se obliga a solicitar al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, su consentimiento para tratar sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso se celebre.

La Compañía se obliga a informarle al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, que sus datos se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que el Asegurado o Contratante aceptará la transferencia que pudiera realizarse de ellos a entidades

integrantes del Grupo Financiero BX+, subsidiarias de éstas instituciones y terceros, nacionales o extranjeros, conforme a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad de La Compañía.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en un 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, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 53 40 09 99 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 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 2020, con el número CNSF-S0016-0207-2020/CONDUSEF-004339-02.

