



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0011-2009. 24 de marzo de 2009

**Seguro de Accidentes
Personales Individual
y Familiar**

Seguros BX+



Condiciones Generales

**Seguro de
Accidentes
Personales
Individual y
Familiar**

Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001737-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

CONTENIDO

CONDICIONES GENERALES DE ACCIDENTES PERSONALES	6
CONTRATO	6
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	6
MODIFICACIONES AL CONTRATO	6
PRIMAS	7
PLAZO DE GRACIA	7
FALLECIMIENTO POR CAUSAS NO ACCIDENTALES	7
EDAD	8
RENOVACIÓN	8
SINIESTROS	9
OTROS SEGUROS	10
PAGO DE INDEMNIZACIONES	10
OCUPACIÓN	11
BENEFICIARIOS	11
PRESCRIPCIÓN	12
MONEDA	13
INDEMNIZACIÓN POR MORA	13
NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES	13
COMPETENCIA	14

DEFINICIONES

ASEGURADO	17
CONTRATANTE	17
ACCIDENTE CUBIERTO	17
SUMA ASEGURADA	17
DEDUCIBLE	18
ENDOSO	18
FRANQUICIA	18
RIESGOS CUBIERTOS	19
COBERTURA I. MUERTE ACCIDENTAL	19
COBERTURA II. PÉRDIDAS ORGÁNICAS	19
COBERTURA III. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD	21
COBERTURA IV. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	22
ARBITRAJE MÉDICO	23
COBERTURA V. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE	23
EXCLUSIONES	24
RIESGOS EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO	26

CONDICIONES GENERALES DE ACCIDENTES PERSONALES

SEGUROS Ve por Más, S.A., GRUPO FINANCIERO Ve por Más (en lo sucesivo la Compañía), ampara al Asegurado en caso de accidente, de acuerdo con las condiciones generales y particulares de esta póliza y conforme a las coberturas y sumas aseguradas establecidas en la carátula de la póliza, siempre que el accidente ocurra durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las coberturas estipuladas en esta póliza.

CONTRATO

Esta póliza, la Solicitud, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía, conforme a las cuales ha sido clasificado el riesgo, las Cláusulas Adicionales y los endosos, constituyen prueba del Contrato de Seguro.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. 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, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones generales de la póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previa solicitud por escrito del Contratante a la Compañía. Estas modificaciones deberán constar en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Compañía no podrán hacer modificaciones ni concesiones.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

PRIMAS

El monto de la prima es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su ocupación y actividad en la fecha de inicio de vigencia. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha.

La prima de esta póliza vence en el momento de la iniciación de vigencia del contrato, salvo pacto en contrario se entenderá que el período del seguro es de un año. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por el pago fraccionado que corresponda, la cual se dará a conocer por escrito al asegurado o Contratante.

PLAZO DE GRACIA

El Contratante dispone de un plazo de gracia de 30 días para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la póliza, si el pago no ha sido efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso de pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado plazo de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes.

En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

FALLECIMIENTO POR CAUSAS NO ACCIDENTALES

En caso de que el Asegurado falleciera por causas no accidentales, la Compañía reembolsará a los beneficiarios la prima no devengada hasta su próximo vencimiento.

EDAD

- A) La Compañía establecerá las edades mínima y máxima de aceptación para cada una de las coberturas de esta póliza, tanto para su primera vigencia como para sus renovaciones. En cualquier caso, la cobertura de muerte accidental solamente se concederá a personas mayores de 12 años.
- B) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o de la renovación del contrato del seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán nulos y sin ningún valor y la Compañía reintegrará al Asegurado el 70% de la prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- C) Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad se hubiere estado pagando una prima mayor, la Compañía estará obligada a rembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- D) Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía será igual a la que la prima pagada hubiese podido comprar a la edad real.
- E) La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado.

RENOVACIÓN

- A) Esta póliza es emitida con vigencia anual, transcurrido este período se considerará renovada por períodos de un año si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor a la fecha de la misma.

- B) No obstante la no renovación de la póliza, los siniestros ocurridos durante la vigencia seguirán cubiertos por la totalidad de las prestaciones de esta póliza hasta el agotamiento de las sumas contratadas o del período indicado para cada beneficio.

SINIESTROS

- A) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días de cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó una u otro.
- B) En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todas las pruebas de las pérdidas sufridas o los gastos médicos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc. en originales.
- C) En la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, la Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del asegurado. De igual manera, la Compañía sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinetes, etc. prescritos por el Médico tratante, con todos los requisitos fiscales y acompañados de la receta médica correspondiente.
- D) La Compañía no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos o facturas con todos los requisitos fiscales.

- E) La Compañía podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección en el sanatorio u hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

OTROS SEGUROS

Si la cobertura “REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS” asegurada en esta póliza estuviera amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, que cubran el mismo riesgo, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

- A) Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato serán liquidadas en el domicilio de la Compañía en el curso de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que reciba los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
- B) Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado o a quien éste haya designado, excepto la suma asegurada por muerte accidental, la que se pagará a los beneficiarios designados.
- C) Los límites establecidos en esta póliza, para el pago de los beneficios asegurados se aplicarán por cada accidente siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí, excepto como queda estipulado en la Cobertura II Pérdidas Orgánicas.
- D) Cuando se trate de un mismo accidente o recaídas o complicaciones por la misma causa o por otra que con ésta se relacione, la obligación de la Compañía no excederá de las cantidades máximas establecidas en esta póliza.

OCUPACIÓN

El Contratante, inmediatamente a un cambio de ocupación de cualquier Asegurado, deberá avisarlo por escrito a la Compañía para que ésta proceda a los ajustes o modificaciones correspondientes.

Si dentro de la vigencia de esta póliza, algún Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa aprobada como más peligrosa que la manifestada por el Contratante en la solicitud de seguro y posteriormente al cambio de ocupación sufra lesiones mientras esté ejecutando algún acto o cosa propia de tal ocupación, la Compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la presente póliza que se hubiere podido comprar con la prima que se pagó.

Si algún Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa aprobada como no asegurable, el seguro quedará rescindido de pleno derecho desde el momento en que haya ocurrido el cambio de ocupación. La Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada, correspondiente al pago del último año de vigencia de la póliza.

BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, los Asegurados podrán hacer su designación de Beneficiario(s), mediante notificación por escrito que junto con el certificado respectivo, deberá remitirse a la Compañía para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ella.

El Contratante no podrá influir en la designación de Beneficiarios ni podrá figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo.

En cualquier momento, los Asegurados pueden renunciar al derecho que tienen para cambiar de Beneficiario, salvo por lo que hace al que hubieren designado con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos, ésta deberá hacerse constar en el certificado respectivo, debiendo el Asegurado comunicarla por escrito al Beneficiario y a la Compañía, enviando a esta última el certificado respectivo.

Cuando no haya Beneficiario designado la suma asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

La misma regla se observará, salvo pacto en contrario o designación irrevocable del Beneficiario, cuando éste llegare a fallecer antes que el Asegurado y este último no hubiere nombrado a otra persona en sustitución de aquel.

Cuando habiendo varios Beneficiarios designados, alguno de ellos llegare a fallecer antes que el Asegurado sin que sea sustituido por algún otro, la porción correspondiente aumentará por partes iguales a la de los demás, esto es, dicha parte se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes.

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

MONEDA

Se conviene que todos los pagos que el Contratante deba hacer a la Compañía o los que ésta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado o beneficiarios, según corresponda, una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

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

Los requerimientos y/o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que conozca.

COMPETENCIA

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

ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

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

- I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- III. La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, con la finalidad de que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de la Compañía;
- V. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

- VI. Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Enviará al Asegurado la Póliza y sus Condiciones Generales al domicilio indicado por el Asegurado, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro.

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

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

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

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

PRECEPTOS LEGALES

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

COMISIONES

En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

DEFINICIONES

ASEGURADO

Es la persona expuesta a cualquier accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma. El nombre de los asegurados se establece en la carátula de esta póliza.

CONTRATANTE

Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí misma y, en su caso, para su grupo familiar, y que se compromete a realizar el pago de las primas.

ACCIDENTE CUBIERTO

Para efectos de esta póliza se entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado independientemente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, que produzca lesiones corporales o la muerte. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por el asegurado en un accidente, se considerarán como un solo evento.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura, ésta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del período de vigencia de la póliza.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

DEDUCIBLE

Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que corresponde a los primeros gastos médicos cubiertos por cada accidente. El seguro cubre a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza.

El monto del deducible aparece en la carátula de la póliza y se aplica solamente a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por cada accidente.

ENDOSO

Documento que, previo acuerdo entre las partes, forma parte del Contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones.

FRANQUICIA

Es la cantidad fija que corresponde a los primeros gastos médicos cubiertos por cada accidente. El seguro cubre a partir del deducible, y hasta los límites establecidos en la póliza, siempre y cuando el monto de la reclamación sea mayor o igual a la franquicia.

El monto de la franquicia se aplica solamente a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por cada accidente.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA I. MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere su muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a los herederos legales del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de esta póliza para esta cobertura, deduciendo cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones cubiertas por la Cobertura II “PÉRDIDAS ORGÁNICAS”, cuando éstas hayan sido producidas por el mismo accidente que le provocó la muerte.

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que esta póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a la Compañía, expresando con claridad el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en la póliza. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento sin responsabilidad alguna para ella. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar de beneficiario, se hará constar en la póliza el carácter irrevocable de la designación.

La edad mínima de contratación para este beneficio será de 12 años, no habiendo edad máxima de contratación.

COBERTURA II. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la suma asegurada establecida en la carátula de esta póliza para esta cobertura:

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"	
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Se entiende por pérdida de la mano su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella o su pérdida orgánico funcional; por pérdida del pie su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella o su pérdida orgánico funcional; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en este ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de dos falanges completas del dedo o su pérdida orgánico funcional.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B"	
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%

El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
La audición total de los dos oídos	25%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cms.	15%

Sólo para la Escala de Indemnizaciones "B" se entenderá por pérdida de la mano o del pie su mutilación o anquilosis total; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista; por lo que se refiere a los dedos, la separación desde la mutilación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma, y por pérdida de la audición la sordera total y definitiva en los dos oídos.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta póliza en uno o en varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

No hay edad mínima ni máxima para la contratación de este beneficio.

COBERTURA III. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD

Incapacidad Total: Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital o en su domicilio, la Compañía pagará mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria estipulada en la carátula de esta póliza por un período que no excederá de 1,460 días.

Incapacidad Parcial: Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior de esta cobertura, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa e independientemente de cualesquiera otras causas una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará durante el período de dicha incapacidad, el 40% de la indemnización contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total o parcial y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte o las pérdidas orgánicas consignadas en las Coberturas I y II, la Compañía pagará las sumas aseguradas contratadas por la muerte o a las pérdidas orgánicas.

La edad mínima de contratación para este beneficio será de 16 años, no habiendo edad máxima de contratación.

COBERTURA IV. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancias o medicinas, la Compañía pagará además de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa comprobación, descontando la cantidad del deducible establecido en la carátula de esta póliza. Cuando se establezca una franquicia, la cobertura operará una vez que los gastos cubiertos rebasen dicha cantidad. Dicha franquicia se indica en la carátula de esta póliza.

No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia necesarias a causa de accidente, serán cubiertos por la Compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima contratada en esta Cobertura. Adicionalmente

al límite indicado para los tratamientos anteriores, los gastos por servicio de ambulancia o traslado se cubrirán hasta un monto máximo equivalente hasta un 5% de la suma asegurada en esta cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta Cobertura.

Los gastos cubiertos por accidente se pagarán por un período máximo de 365 días contratados a partir de la fecha del accidente, sin que en ningún caso excedan de la suma contratada.

No hay edad mínima ni máxima para la contratación de este beneficio.

ARBITRAJE MÉDICO

Si existiere controversia entre el Asegurado y La Compañía por el concepto de preexistencia definido en las presentes condiciones generales, el Asegurado podrá optar por acudir ante una persona física o moral que será designada por las partes de común acuerdo, para un arbitraje médico. La Compañía sugiere que el Asegurado acuda a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para que la misma funja como instancia mediadora.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

COBERTURA V. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente sobreviene la muerte del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados en la póliza, o a falta de estos, a los herederos legales del mismo, el importe que provenga de los gastos funerarios en que se haya incurrido, el cual no podrá exceder de 60 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal en la fecha de pago.

No hay edad mínima para la contratación de este beneficio, siendo 12 años la edad máxima de contratación.

EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta póliza NO CUBRE:

- Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados directamente por lesiones provocadas por un accidente, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo.
- Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier clase o su tentativa, suicidio o cualquier conato del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Hernias y eventraciones, salvo que sea por accidente.
- Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, salvo que sea por accidente.
- Abortos, cualquiera que sea su causa.
- Por accidentes ocurridos por culpa grave del asegurado, al encontrarse bajo el influjo de alguna droga o enervante de uso ilícito, o en estado de ebriedad.
- Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por éstos:
 - a. Aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del Contrato, y/o
 - b. Aquéllos cuya existencia se determine en un expediente médico con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o
 - c. Aquellos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
 - d. Aquellos por los que se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico previamente a la fecha de celebración del contrato.

RIESGOS EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

Salvo convenio por escrito, esta póliza no cubre al Asegurado mientras viaje:

- a. En un taxi aéreo o en una aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- b. Como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- c. Como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- d. En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- e. Tampoco ampara esta póliza los riesgos de paracaidismo, buceo, alpinismo, práctica de vela, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo delta, box, lucha libre y grecorromana, rappel, rafting, jet ski, bungee y parachute.

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, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico acларaciones.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 5340 0999 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 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 24 de marzo de 2009, con el número CNSF-S0016-0011-2009.

ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

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

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

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

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

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

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

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

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

ARTÍCULO 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

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 seguro 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 efectúa 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.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta

o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico acларaciones.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 5340 0999 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 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 24 de marzo de 2009, con el número CNSF-S0016-0011-2009.

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.

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 24 de Junio del 2019 con el número CGEN-S0016-0033-2019

