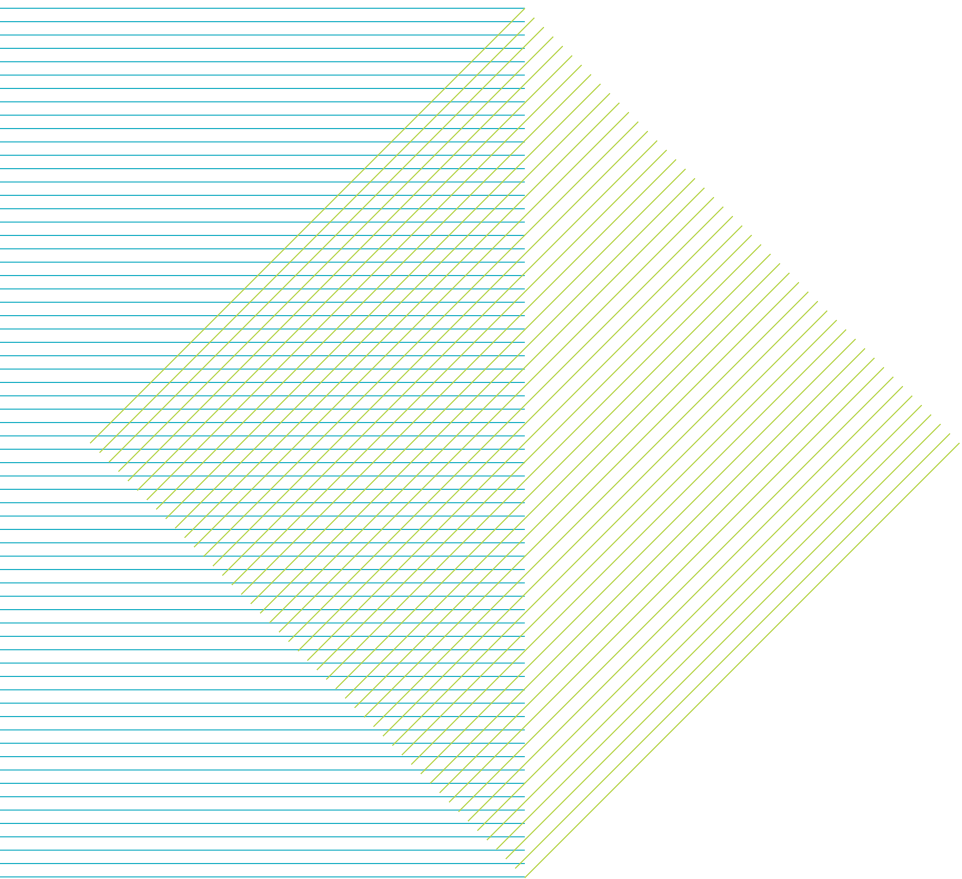




Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0047-2018. 19 de Enero de 2018

Seguro de Vida Grupo
Experiencia Propia
con Participación
de Dividendos

Seguros **BX+**



Condiciones Generales del

**Seguro de Vida
Grupo Experiencia
Propia con
Participación de
Dividendos**

Enero 2018

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-003582-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

ÍNDICE

1. Definiciones	4	1.20. Siniestro	12
1.1. Accidente	9	1.21. Suma asegurada	12
1.2. Asegurado	9	2. Clausulas generales	13
1.3. Beneficiario	9	2.1. Objeto del seguro	13
1.4. Carátula de la póliza	9	2.2. Vigencia	13
1.5. Certificado Individual	9	2.2.1. Póliza	13
1.6. CNSF	10	2.2.2. Certificado individual	13
1.7. CONDUSEF	10	2.3. Renovación	13
1.8. Contratante	10	2.4. Cancelación, terminación o rescisión	14
1.9. Endoso	10	2.5. Cambio de contratante	15
1.10. Grupo asegurado	10	2.6. Beneficiarios	15
1.11. La Aseguradora o Compañía	10	2.7. Edad	17
1.12. Período de espera	11	2.8. Límites de edad de contratación, renovación y cancelación	18
1.13. LISF	11	2.8.1. Contratación	18
1.14. Póliza o contrato de seguro	11	2.8.2. Renovación	19
1.15. Prima	11	2.8.3. Cancelación	19
1.16. Reclamación	11	2.9. Movimientos de asegurados	19
1.17. Reconocimiento de antigüedad	11	2.9.1. Altas	19
1.18. Registros de asegurados	11	2.9.2. Bajas	20
1.19. Renovación	12	2.10. Participación de Utilidades (Dividendos)	20
		2.11. Derechos al separarse del grupo asegurable ..	22

2.12. Notificaciones y/o comunicaciones	22	3.2.2. Indemnización de suma asegurada por muerte accidental y/o por pérdidas orgánicas, escala A o escala B (MAPM)	31
2.13. Modificaciones	23	3.2.3. Indemnización de suma asegurada por muerte accidental colectiva y/o por pérdida de miembros, escala A o escala B (MACPM)	35
2.14. Rectificaciones	23	3.3. Coberturas adicionales por invalidez	39
2.15. Omisiones o inexactas declaraciones	23	3.3.1. Indemnización de suma asegurada por invalidez total y permanente (BIT)	39
2.16. Disputabilidad	24	3.3.2. Exención de pago de primas por invalidez total y permanente (EP)	42
2.17. Moneda	24	3.4. Coberturas adicionales por gastos funerarios	43
2.18. Primas	24	3.4.1. Indemnización para gastos funerarios del asegurado (GFA)	43
2.18.1. Importe de la prima	24	3.4.2. Indemnización para gastos funerarios de los hijos del asegurado (GFH)	45
2.18.2. Pago de la prima	25	3.4.3. Indemnización para gastos funerarios del cónyuge del asegurado (GFC)	47
2.18.3. Plazo para realizar el pago	25	3.5. Clausulas adicionales por anticipo de suma asegurada	50
2.18.4. Forma de pago	26	3.5.1. Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal (AET)	50
2.19. Siniestros	26	3.5.2. Anticipo de suma asegurada por gastos funerarios (AGF)	53
2.19.1. Aviso y comprobación de siniestros	26	4. Exclusiones generales	55
2.19.2. Pago de indemnizaciones por siniestros	26	4.1. Cobertura básica	55
2.19.3. Indemnización por mora	27	4.2. Coberturas adicionales por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas	55
2.20. PRECEPTOS LEGALES	27		
3. Riesgos cubiertos	28		
3.1. Cobertura básica por fallecimiento	28		
3.2. Coberturas adicionales por muerte accidental y/o pérdidas por orgánicas	30		
3.2.1. Indemnización de suma asegurada por muerte accidental (IMA)	30		

4.3. Coberturas adicionales por invalidez	58
CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN	62
ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES	64
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	64
LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	67

1. DEFINICIONES

1.1. ACCIDENTE

Se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca lesiones corporales o la muerte del (los) asegurado(s). No se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte que intencionalmente se provoque el asegurado.

1.2. ASEGURADO

Es la persona física que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora y que se encuentra expuesta a cualquier riesgo amparado por la póliza, cuyo nombre aparece en el certificado correspondiente.

1.3. BENEFICIARIO

Es la persona legitimada para obtener el pago de la indemnización prevista en la póliza, como consecuencia de la realización de un Siniestro. De acuerdo a la cobertura de que se trate, podrá ser el propio asegurado o la(s) persona(s) por él designada(s).

1.4. CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre y domicilio del contratante, número de póliza, características del grupo asegurado, suma asegurada total del grupo asegurado, periodicidad de pago de prima pactada, importe de la prima, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza.

1.5. CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre y fecha de nacimiento del asegurado, coberturas contratadas, suma asegurada de cada uno de éstos o reglas para determinarlas, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza y del certificado, nombre de los beneficiarios.

1.6. CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.7. CONDUSEF

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

1.8. CONTRATANTE

Es la persona física o moral que, en virtud de su relación con los miembros del grupo asegurable, ha solicitado la celebración de la póliza o contrato de seguro para sí mismo y/o terceras personas, y es el responsable ante la Aseguradora del pago de las primas.

1.9. ENDOSO

Documento que modifica y/o adiciona cualquier documento que forme parte de la póliza o contrato de seguro.

1.10. GRUPO ASEGURADO

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

1.11. LA ASEGURADORA O COMPAÑÍA

En lo sucesivo se entenderá por la Aseguradora o la Compañía, a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

1.12. PERÍODO DE ESPERA

Es el tiempo establecido en la póliza, a partir de la contratación del seguro, durante el cual, la aseguradora no cubre la ocurrencia del evento amparado.

1.13. LISF

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

1.14. PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO

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

1.15. PRIMA

Es la contraprestación prevista en la póliza a cargo del contratante a favor de la Aseguradora, por la protección contenida en las coberturas contratadas.

1.16. RECLAMACIÓN

Es el trámite administrativo que efectúa el asegurado o sus beneficiarios ante la Aseguradora, para obtener el pago de la indemnización prevista en la póliza, como consecuencia de la realización de un siniestro.

1.17. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Tiempo ininterrumpido reconocido por la aseguradora durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de seguro de vida grupo.

1.18. REGISTROS DE ASEGURADOS

La Aseguradora llevará un registro de los asegurados en el que consten, por lo menos, los siguientes datos: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros del

grupo asegurable; suma asegurada o regla para determinarla; fecha en que entran en vigor los seguros para cada asegurado; fecha de terminación de los seguros para cada asegurado; operación y plan de seguros de que se trate; números de los certificados individuales correspondientes y las coberturas amparadas de cada asegurado.

1.19. RENOVACIÓN

Acto por el que, por acuerdo tácito entre las partes, la póliza se extiende a cubrir nuevos períodos de cobertura, similares al originalmente contratado.

1.20. SINIESTRO

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

1.21. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad de dinero que como obligación máxima de la Aseguradora, se determina para cada asegurado por la ocurrencia de un siniestro, siempre y cuando éste se presente dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente.

2. CLAUSULAS GENERALES

2.1. OBJETO DEL SEGURO

La Aseguradora emite la presente póliza, a efecto de brindar protección a las personas que hayan otorgado su consentimiento para formar parte del grupo asegurable, por el riesgo de la cobertura básica y, en su caso, por los beneficios adicionales que se contraten, protección que se otorgará a partir de la fecha de inicio de vigencia consignado en el certificado individual o cualquier otro documento convenido.

El límite de las obligaciones de la Aseguradora será exclusivamente dentro de los términos y condiciones estipulados en esta póliza, hasta por el monto de la suma asegurada contratada.

2.2. VIGENCIA

2.2.1. PÓLIZA

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

2.2.2. CERTIFICADO INDIVIDUAL

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

2.3. RENOVACIÓN

La Aseguradora podrá renovar el contrato de seguro de grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del “Reglamento del Seguro de Grupo” en la fecha de vencimiento del Contrato.

Cada renovación se registrará de acuerdo a las primas de tarifa, condiciones y demás documentación contractual que la Aseguradora tenga registradas ante la CNSF al momento de la expedición de la nueva póliza.

2.4. CANCELACIÓN, TERMINACIÓN O RESCISIÓN

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

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

Si el contratante decide dar por terminado el contrato, la Aseguradora devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya suscitado ningún siniestro durante la vigencia transcurrida.

La Aseguradora entregará un cheque nominativo o realizará un depósito, mediante transferencia electrónica de fondos, a la cuenta que el contratante haya designado para este fin, en un plazo no mayor a 10 días hábiles, siendo cualquiera de las dos opciones prueba fehaciente de la terminación de cualquier obligación de la Aseguradora con el Contratante.

- ii. En caso de baja o separación definitiva de los asegurados del grupo asegurable que forma parte de la póliza.
- iii. La protección terminará para cada asegurado de acuerdo a los límites de edad estipulados para cada cobertura, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora.
- iv. Esta póliza será cancelada si el contratante no paga a la Aseguradora el importe total de las primas dentro del período de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado período, sin necesidad de notificación o declaración judicial.

- v. Por rescisión del contrato, en caso de que el contratante y/o alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2.5. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del seguro sea otorgar una prestación laboral y haya un cambio de contratante, la Aseguradora podrá rescindir la póliza o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo asegurable, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del citado cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo contratante. La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de la póliza.

2.6. 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 Aseguradora para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Aseguradora 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.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Aseguradora la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

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 Aseguradora.

Cuando no haya beneficiario designado la suma asegurada se pagará a la sucesión 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 la de los demás, esto es, dicha parte se distribuirá proporcionalmente entre los beneficiarios supervivientes.

ADVERTENCIA:

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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.

2.7. EDAD

Para los efectos de este contrato, se considerará como edad del Asegurado, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del seguro. La edad máxima será la estipulada en la carátula de la póliza.

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

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

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta póliza, el seguro se rescindirá para el certificado individual correspondiente y se reintegrará al contratante la reserva de riesgos en curso del contrato en la fecha de su rescisión.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, La Aseguradora reembolsará 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 la edad real.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista

entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Aseguradora estará obligada a pagar la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado, en el último aniversario de la póliza.
- e) En caso de que la Aseguradora ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

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

2.8. LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

Las edades de contratación, renovación y cancelación que se indican a continuación podrán modificarse mediante convenio expreso entre la Compañía y el Contratante, lo cual se hará constar mediante endoso a la póliza.

2.8.1. CONTRATACIÓN

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

- Para la cobertura básica y las coberturas adicionales contratadas, excepto la cobertura por enfermedades graves, la edad mínima será de 15 años.
- Para la cobertura adicional de enfermedades graves, la edad mínima será de 18 años.

- Para la cobertura básica, incluyendo el beneficio por anticipo de suma asegurada por gastos funerarios, la edad máxima de contratación será de 69 años.
- Para cada una de las coberturas adicionales contratadas, la edad máxima de contratación será de 64 años.

2.8.2. RENOVACIÓN

Los límites de edad para la renovación de esta póliza son:

- Para la cobertura básica, incluyendo el beneficio por anticipo de suma asegurada por gastos funerarios, la edad máxima de renovación será de 99 años.
- Para cada una de las coberturas adicionales de accidentes, gastos funerarios, dotal a corto plazo y seguro de retiro, la edad máxima será de 69 años.
- Para las coberturas adicionales de invalidez, enfermedades graves, hospitalización, anticipo por enfermedad terminal y las coberturas por desempleo, la edad máxima será de 64 años.

2.8.3. CANCELACIÓN

La edad máxima de cancelación de la cobertura básica y de las coberturas adicionales contratadas, corresponderá el año siguiente de la edad máxima de renovación de cada cobertura.

2.9. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

2.9.1. ALTAS

Las personas que ingresen al grupo asegurable con posterioridad a la celebración de la póliza y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurable.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurable con posterioridad a la celebración de la póliza y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

La prima de estos nuevos miembros del grupo asegurable será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

2.9.2. BAJAS

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

2.10. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES (DIVIDENDOS)

El Contratante y el Asegurado podrán participar, en la medida en que contribuyan al pago de la prima, de la utilidad que

obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable. Dicha participación se calculará con base en lo siguiente:

- La participación será calculada con base en su propia experiencia de siniestralidad.
- El monto de la participación se obtiene aplicando un porcentaje a la diferencia entre las primas de riesgo pagadas y los siniestros ocurridos.
- El porcentaje aplicado será indicado en el endoso correspondiente.

La regla que utilice la Compañía para determinar la participación que corresponda a este tipo de póliza, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de dicha participación no está condicionado a la renovación. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrá otorgar participación de utilidades. Para que dicha participación se otorgue, el Contratante deberá declararlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento y constar expresamente en el Contrato de Seguro.

En el caso de que los asegurados contribuyan al pago de la prima, en proporción al importe de su contribución con el total de la prima del grupo, el Contratante le entregará de la participación de utilidades que reciba, la proporción que corresponda a cada asegurado de acuerdo con su contribución. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la póliza.

Si con posterioridad a la liquidación de la participación de utilidades (dividendos), derivados de esta cláusula, se reclama a la Compañía el pago de un siniestro cuya fecha de ocurrencia está dentro de la vigencia de la cual se liquidó el dividendo, el Contratante deberá devolver dicho dividendo hasta el monto del siniestro reclamado o por el importe total si éste fuera menor. Este procedimiento se repetirá con todos los siniestros que se presenten en las condiciones antes mencionadas y hasta el monto del dividendo pagado al Contratante.

La prima de riesgo y siniestros considerados en el cálculo solo incluirá la correspondiente hasta la suma asegurada máxima sin examen médico.

2.11. DERECHOS AL SEPARARSE DEL GRUPO ASEGURABLE

En caso de que la contratación de este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo asegurable que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo asegurable deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

2.12. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

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

Los requerimientos y/o comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al contratante, asegurado o a sus beneficiarios,

tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca la Aseguradora.

2.13. MODIFICACIONES

Las condiciones de esta póliza sólo se pueden modificar previo acuerdo del contratante y la Aseguradora, que deberá constar por escrito mediante un endoso que formará parte integral de la póliza. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

2.14. RECTIFICACIONES

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al contratante.

2.15. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Aseguradora a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del contratante, asegurado y/o beneficiario(s), la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan, a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

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

2.16. DISPUTABILIDAD

Este seguro será disputable dentro del primer año de vigencia, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante y/o asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurable, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que éstos quedaron asegurados.

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

2.17. MONEDA

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte del contratante o de La Aseguradora, se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente al momento en que ocurrió el siniestro.

2.18. PRIMAS

2.18.1. IMPORTE DE LA PRIMA

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

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada asegurado de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

2.18.2. PAGO DE LA PRIMA

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

Cuando un miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del seguro a la Aseguradora.

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

2.18.3. PLAZO PARA REALIZAR EL PAGO

El contratante tendrá como máximo un período de 30 días naturales, conocido como período de gracia, contado a partir del inicio de vigencia del recibo correspondiente, para entregar el importe del total de la prima o la fracción pactada.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada.

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

2.18.4. FORMA DE PAGO

La unidad de la prima calculada para el período de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada. La forma de pago estipulada para el seguro se señalará en la carátula de la póliza.

2.19. SINIESTROS

2.19.1. AVISO Y COMPROBACIÓN DE SINIESTROS

Es obligación del asegurado o beneficiario presentar por escrito a la Aseguradora la reclamación en caso de haberse presentado un siniestro que pueda ser motivo de indemnización. En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del siniestro.

Conforme al artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario 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.

2.19.2. PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTROS

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas al asegurado y/o beneficiario(s) designado(s), según corresponda, en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora reciba los documentos e información que fundamenten el siniestro.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la

Aseguradora pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia

se descubre antes del Siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho, o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

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

2.19.3. INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

El artículo 276 de la LISF señala:

“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...”

2.20. PRECEPTOS LEGALES

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

3. RIESGOS CUBIERTOS

3.1. COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

BENEFICIO

Si el asegurado fallece durante la vigencia del certificado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados por el asegurado, por una sola vez, la suma asegurada pactada para esta cobertura al momento de ocurrir el siniestro, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada asegurado. Si el asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Aseguradora.

RECLAMACIÓN

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

1. Del asegurado

- Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada.
- Certificado Individual del seguro de grupo. "si existiera o si lo tuviera"
- Copia certificada de:
 - Acta de defunción. "si existiera o si lo tuviera"
 - Acta de nacimiento. "si existiera o si lo tuviera"
- Copia simple del comprobante del último pago de salario o sueldo, en caso de que la suma asegurada esté en función de éstos. "si existiera o si lo tuviera"

2. Del (los) beneficiario(s):

- Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
- Copia certificada de:
 - Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario.
 - Acta de nacimiento original de cada beneficiario.
- CURP.
- Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.

INDEMNIZACIÓN

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

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la

sección de Exclusiones Generales correspondientes a la cobertura básica por fallecimiento.

3.2. COBERTURAS ADICIONALES POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS POR ORGÁNICAS

3.2.1. INDEMNIZACIÓN DE SUMA ASEGURADA POR MUERTE ACCIDENTAL (IMA) BENEFICIO

Si asegurado fallece a consecuencia de un accidente dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo y durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará a los beneficiarios, la suma asegurada pactada para este beneficio, misma que se indicará en el certificado individual correspondiente y es adicional e independiente a cualquier otro que ampare al asegurado.

RECLAMACIÓN

Se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento, con la salvedad de que las actuaciones del Ministerio Público serán obligatorias.

Las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos y entre otras diligencias, serán: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del accidente y de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.

La indemnización se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria

a través de la cual se acredite el fallecimiento accidental del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas.

3.2.2. INDEMNIZACIÓN DE SUMA ASEGURADA POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS, ESCALA A O ESCALA B (MAPM)

BENEFICIO

Si como consecuencia de un accidente, el asegurado fallece o sufre una o más pérdidas orgánicas durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará al asegurado o a los beneficiarios designados según sea el caso, la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de Indemnizaciones "A" o "B", según la escala contratada, siempre y cuando, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente el asegurado fallezca

o sufra las pérdidas orgánicas, y dicho accidente ocurre durante la vigencia de esta cobertura.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por pérdidas orgánicas a lo siguiente:

- *Pérdida de una mano:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- *Pérdida de un pie:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- *Pérdida de un dedo:* La separación o anquilosamiento de cuando menos dos falanges completos.
- *Pérdida de la vista de un ojo:* La pérdida completa y definitiva de la visión.
- *Pérdida total de la audición:* La pérdida completa y definitiva de la función auditiva de ambos oídos.

La indemnización por pérdida de la vida se efectuará a los beneficiarios designados y al propio asegurado en los demás casos.

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

RECLAMACIÓN

- a. En caso de muerte accidental, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento, con la salvedad de que las actuaciones del Ministerio Público serán obligatorias.

Las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos y entre otras diligencias, serán: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del accidente y de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

- b. En caso de pérdidas orgánicas, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura por pérdidas orgánicas.

INDEMNIZACIÓN

- a. En caso de muerte accidental, la indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.
- b. En caso de pérdidas orgánicas, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las escalas que se presentan en la siguiente tabla, de las cuales, solo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras "A" o "B", haciéndose constar la elegida en el certificado individual correspondiente.

Tabla de Indemnizaciones		
Pérdida de órgano(s)	Escala “A”	Escala “B”
La vida (*)	100%	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano		30%
Tres dedos que no sean el pulgar o 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%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique		5%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Sordera completa de los oídos		25%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cms		15%

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la muerte accidental y/o pérdidas orgánicas del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado correspondiente.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas, y adicionalmente:

- **Cuando la muerte no ocurra bajo los supuestos considerados en la definición de muerte accidental.**

3.2.3. INDEMNIZACIÓN DE SUMA ASEGURADA POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O POR PÉRDIDA DE MIEMBROS, ESCALA A O ESCALA B (MACPM)

BENEFICIO

Si como consecuencia de un accidente, el asegurado fallece, o sufre una o más pérdidas orgánicas durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará al asegurado o a los beneficiarios designados la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de indemnizaciones “A” o “B”, según la escala contratada, siempre y cuando, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente el asegurado fallezca o sufra las pérdidas orgánicas, y dicho accidente ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por pérdidas orgánicas a lo siguiente:

- *Pérdida de una mano:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- *Pérdida de un pie:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- *Pérdida de un dedo:* La separación o anquilosamiento de cuando menos dos falanges completos.
- *Pérdida de la vista de un ojo:* La pérdida completa y definitiva de la visión.
- *Pérdida total de la audición:* La pérdida completa y definitiva de la función auditiva de ambos oídos.

La indemnización por pérdida de la vida se efectuará a los beneficiarios designados y al propio asegurado en los demás casos.

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

La Aseguradora duplicará la indemnización descrita anteriormente si el accidente que provocó el fallecimiento o pérdidas orgánicas del asegurado fue un accidente colectivo.

Se entiende por accidente colectivo el que sufra el asegurado en alguno de los siguientes casos:

- a) Que se estuviese dentro de un vehículo público en el cual viaje el asegurado como pasajero, con un boleto pagado y sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros, sujeta a itinerario regular, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transportes públicos, o

- b) Que se estuviese dentro de un ascensor que opere para servicio público en el cual viaje el asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas o,
- c) A causa del incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el asegurado al manifestarse el incendio.

RECLAMACIÓN

- a. En caso de muerte accidental colectiva, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento, con la salvedad de que las actuaciones del Ministerio Público serán obligatorias.

Las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos y entre otras diligencias, serán: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del accidente y de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

- b. En caso de pérdidas orgánicas donde no se generó el fallecimiento del asegurado, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura por pérdidas orgánicas.

INDEMNIZACIÓN

- a. En caso de muerte accidental colectiva, la indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.

Para indemnizar el beneficio por muerte de esta cobertura, la muerte debe ocurrir bajo los supuestos que se mencionan en la cobertura por muerte accidental colectiva.

- b. En caso de pérdidas orgánicas, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las escalas que se presentan en la siguiente tabla, de las cuales, solo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras "A" o "B", haciéndose constar la elegida en el certificado individual correspondiente.

Tabla de Indemnizaciones		
Pérdida de órgano(s)	Escala "A"	Escala "B"
La vida (*)	100%	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano		30%
Tres dedos que no sean el pulgar o 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%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique		5%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Sordera completa de los oídos		25%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cms		15%

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presenta a la Aseguradora

la documentación necesaria a través de la cual se acredite la muerte accidental colectiva y/o pérdidas orgánicas del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado correspondiente.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas, y adicionalmente:

- **Cuando la muerte no ocurra bajo los supuestos considerados en la definición de muerte accidental colectiva.**

3.3. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ

3.3.1. INDEMNIZACIÓN DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

BENEFICIO

Si se produce la invalidez total y permanentemente del asegurado a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, la aseguradora pagará al

asegurado por una sola ocasión, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual del asegurado.

Se entenderá por invalidez total y permanentemente, como la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido, o cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente.

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

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

RECLAMACIÓN

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

- Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada.
- Certificado individual del seguro.
- Dictamen de invalidez total y permanente.
- Acta de nacimiento del asegurado.
- Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado.

- Comprobante del último pago de salario o sueldo del asegurado, en caso de que la suma asegurada esté en función de éstos.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la invalidez total y permanente del asegurado, así como que ésta ocurriera dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

El dictamen de invalidez total y permanente correspondiente deberá ser emitido por el IMSS o el ISSSTE, y en caso de que el asegurado no cotice al IMSS o al ISSSTE se deberá presentar un dictamen emitido por un profesionista médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión, certificado en medicina del trabajo y deberá acompañarse de todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente.

La Aseguradora 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, quien a través del dictamen médico correspondiente, determinará la procedencia o improcedencia del siniestro.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por invalidez.

3.3.2. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EP)

BENEFICIO

Si se produce la invalidez total y permanentemente del asegurado a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, la aseguradora conviene en eximir al asegurado de forma vitalicia, del pago de las primas por la cobertura de fallecimiento a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente, mediante la expedición al asegurado de una póliza de un seguro ordinario de vida, sin contemplar coberturas adicionales. Esta cobertura aparecerá en el certificado individual del asegurado.

Se entenderá por invalidez total y permanentemente, y por periodos de espera aplicables a esta cobertura, a lo descrito en la cobertura por indemnización de suma asegurada por invalidez total y permanente (BIT).

RECLAMACIÓN

Para tal efecto, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que para el beneficio por invalidez total y permanente (BIT).

EXENCIÓN

La exención del pago de primas establecida en esta cobertura, se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite

la invalidez total y permanente del asegurado, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

Al igual que el beneficio por invalidez total y permanentemente (BIT), el dictamen de invalidez total y permanente correspondiente deberá ser emitido por el IMSS o el ISSSTE, bajo los mismos términos indicados en esa cobertura.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por invalidez.

3.4. COBERTURAS ADICIONALES POR GASTOS FUNERARIOS

3.4.1. INDEMNIZACIÓN PARA GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO (GFA)

BENEFICIO

Si durante la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del asegurado, la Aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios a los beneficiarios designados, por una sola vez y con independencia de las coberturas adicionales contratadas, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada asegurado y en ningún caso será superior a 60 UMAs mensuales.

RECLAMACIÓN

Para reclamar esta cobertura, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que para el beneficio básico por fallecimiento.

INDEMNIZACIÓN

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

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total.

EXCLUSIONES

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

- **Suicidio del ASEGURADO dentro del primer año de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.**

En este supuesto, la Aseguradora devolverá el 80% de la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del certificado.

3.4.2. INDEMNIZACIÓN PARA GASTOS FUNERARIOS DE LOS HIJOS DEL ASEGURADO (GFH)

BENEFICIO

Si durante la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento de alguno de los hijos del asegurado, la aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios al asegurado, con independencia de las coberturas adicionales contratadas, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada asegurado y en ningún caso será superior a 60 UMAs mensuales.

Los hijos del asegurado están sujetos a esta cobertura hasta los veinticuatro años cumplidos mientras dependan económicamente del asegurado, vivan en su mismo hogar y hayan nacido vivos.

Si ocurre la muerte del asegurado simultáneamente a la de alguno de los hijos, se considerará que éste último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del asegurado.

RECLAMACIÓN

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

- a. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada.
- b. Certificado individual del seguro.
- c. Copia certificada del acta de defunción del hijo fallecido.

- d. Acta de nacimiento del asegurado.
- e. Identificación oficial con fotografía y firma del asegurado.
- f. Acta de nacimiento del hijo fallecido, en su caso.
- g. Identificación oficial con fotografía y firma del hijo fallecido, en su caso.
- h. Comprobante del último pago de salario o sueldo del asegurado, en caso de que la suma asegurada esté en función de éstos.
- i. Si se trata de muerte accidental, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales si los hubo, parte del accidente y, de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del hijo del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado respectivo, en el entendido de que el beneficiario será el asegurado titular.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

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

- **Suicidio del HIJO del asegurado dentro de los 2 primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.**

En este supuesto, la Aseguradora devolverá el 80% de la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.

3.4.3. INDEMNIZACIÓN PARA GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE DEL ASEGURADO (GFC)

BENEFICIO

Si durante la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del cónyuge del asegurado, la aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios al asegurado, con independencia de las coberturas adicionales contratadas, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada asegurado y en ningún caso será superior a 60 UMAs mensuales.

Si ocurre la muerte del asegurado simultáneamente a la del cónyuge, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del asegurado.

Se considerará como cónyuge, a la esposa o esposo, concubina o concubinario de asegurado, de conformidad con lo establecido en el Código Civil Federal.

RECLAMACIÓN

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

- a. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada.
- b. Certificado individual del seguro.
- c. Copia certificada del acta de defunción del cónyuge.
- d. Acta de nacimiento del asegurado.
- e. Identificación oficial con fotografía y firma del asegurado.
- f. Acta de nacimiento del cónyuge fallecido, en su caso.
- g. Identificación oficial con fotografía y firma del cónyuge fallecido, en su caso.
- h. Acta de matrimonio o constancia de concubinato.
- i. Comprobante del último pago de salario o sueldo del asegurado, en caso de que la suma asegurada esté en función de éstos.
- j. Si se trata de muerte accidental, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales si los hubo, parte del accidente y, de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del cónyuge, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado respectivo, en el entendido de que el beneficiario será el asegurado titular.

LÍMITES DE EDAD

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado haya hecho válida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

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

- **Suicidio del CÓNYUGE del asegurado dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.**

En este supuesto, la Aseguradora devolverá el 80% de la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al

tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.

3.5. CLAUSULAS ADICIONALES POR ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA

3.5.1. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL (AET)

BENEFICIO

Si durante la vigencia del certificado al asegurado se le dictamina una enfermedad terminal, la Aseguradora pagará al asegurado, por una sola vez y con independencia de las coberturas adicionales contratadas, un anticipo del 50% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, con un máximo de 200 UMAs, deduciendo proporcionalmente dicho anticipo, de la suma asegurada por fallecimiento. Esta cobertura aparecerá en el certificado individual del asegurado.

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.

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.
- 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. El diagnóstico debe ser dictaminado por un médico oncólogo.

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

INDEMNIZACIÓN

La indemnización establecida corresponderá a un anticipo del 50% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, con un máximo de 200 UMAs, deduciendo proporcionalmente dicho anticipo, la suma asegurada por fallecimiento.

RECLAMACIÓN

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la enfermedad terminal del asegurado, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

LÍMITES DE EDAD

Este beneficio terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de este beneficio o el asegurado haya hecho

valida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de los siguientes cánceres.

- a. **Leucemia linfocítica crónica,**
- b. **Los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3), o aquéllos considerados por histología como premalignos,**
- c. **Los melanomas con espesor menor de 15 mm y determinados por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark**
- d. **Todas las hiperqueratosis o carcinomas basocelulares de la piel,**
- e. **Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos,**
- f. **El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA, y**
- g. **Los cánceres de 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.

3.5.2. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR GASTOS FUNERARIOS (AGF)

BENEFICIO

Si el asegurado fallece durante la vigencia del certificado, la Aseguradora 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 60 UMAs, deduciendo proporcionalmente dicho anticipo, de la suma asegurada por fallecimiento. Este beneficio aparecerá en el certificado individual del asegurado.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización establecida corresponderá a un anticipo del 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, con un máximo de 60 UMAs, deduciendo proporcionalmente dicho anticipo, la suma asegurada por fallecimiento.

RECLAMACIÓN

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento, y que la muerte haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

LÍMITES DE EDAD

Este beneficio terminará automáticamente para cada asegurado cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o el asegurado

haya hecho valida su cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

EXCLUSIONES

Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a la cobertura básica por fallecimiento.

4. EXCLUSIONES GENERALES

4.1. COBERTURA BÁSICA

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

- a) Suicidio del asegurado dentro del primer año de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.**

En este supuesto, la Aseguradora devolverá el 80% de la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición.

4.2. COBERTURAS ADICIONALES POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La indemnización correspondiente a estas coberturas, no se concederá cuando la muerte o pérdida orgánica se origine como consecuencia de:

- a) Infecciones, enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental.**
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- c) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**

- d) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el asegurado.
- e) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).
- g) Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- h) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- i) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
- k) Padecimientos mentales o corporales.
- l) Abortos que no hayan ocurrido de forma accidental.
- m) Radiaciones ionizantes.
- n) Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.
- o) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- p) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- q) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

4.3. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ

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

- a) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- b) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el asegurado.
- c) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- d) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).
- e) Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- g) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.
- h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, las alteraciones leves o graves del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa, 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 de la presente póliza de seguro.
- i) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- j) Radiaciones ionizantes.

- k) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- l) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- m) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación 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 551102 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 acclaraciones.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 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 19 de Enero de 2018, con el número CNSF-S0016-0047-2018”.

CLÁUSULA DE 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 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).

Enviaré 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.”

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

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

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

Artículo 21.- El contrato de seguro:

- I.- Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.
- II.- No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;
- III.- Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros 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 aquéllos.

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.

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 551102 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 [aclaraciones.une@segurosvepormas.com](mailto: 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 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: 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 19 de Enero de 2018, con el número CNSF-S0016-0047-2018”.

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 12 de Noviembre del 2019 con el número CGEN-S0016-0087-2019./G-01109-003

