



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0229-2018, 19 de Junio de 2018

**Seguro de Vida
Individual
Premia Bx+**

Seguros Bx+



Condiciones Generales

**Seguro de Vida
Individual
Premia B*+**

“Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-002694-06.”

CONTENIDO**DEFINICIONES**

Asegurado	9
Accidente	9
Beneficiario	9
Carátula de la Póliza	9
Cláusulas Generales	9
Condiciones Particulares	9
Condiciones Adicionales	9
Contratante	10
Contrato de Seguro	10
CONDUSEF	10
Detalle de coberturas	10
Descripción del movimiento	10
Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más	10
La Aseguradora.	11
Importe Total Actualizado	11
Póliza	11
Prescripción	11
Prima del Movimiento	11
UDI	11

UMA	12
Versión	12
Cláusulas Generales	13
Objeto del seguro	13
Contrato de Seguro	13
Modificaciones	13
Carencia de Restricciones	14
Pago de las primas	14
Periodo de gracia para el pago de primas	15
Edad	15
Beneficiarios	16
Omisiones o inexactas declaraciones	18
Indisputabilidad	18
Suicidio	19
Rehabilitación	19
Moneda	19
Liquidación	19
Opciones de Liquidación	20
Competencia	20
Prescripción	20
Comunicaciones	21

Valores Garantizados	21	Reclamación	33
Valores de Rescate	21	Alcance	33
Seguro Saldado	22	Exclusiones	34
Seguro Prorrogado	22	Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal (AET)	34
Interés moratorio	22	Beneficio	34
Comprobación del Siniestro	26	Indemnización	35
Dotales a Corto Plazo	28	Exclusiones	35
Fondos de Administración	28	COBERTURAS ADICIONALES	37
Retiros	29	Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EXI)	37
Estados de Cuenta	29	Cobertura	37
Tipo de Cambio	29	Vigencia	37
Comisiones	30	Definición de Invalidez Total y Permanente	38
Entrega de Documentación Contractual	30	Exclusiones	38
Preceptos Legales	31	Pago Adicional de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PADI)	41
Detalle de Cobertura Básica	32	Cobertura	41
Limitante	32	Vigencia	41
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA	33	Forma de Pago	41
Anticipo de suma asegurada por gastos funerarios (AGF)	33	Definición de Invalidez Total y Permanente	41
Beneficio	33	Exclusiones	42
Indemnización	33		

Indemnización por Muerte Accidental	44
Cobertura	44
Vigencia	45
Definición de Muerte Accidental	45
Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas	45
Cobertura	45
Vigencia	46
Definición de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas	46
Doble Indemnización por Accidente Colectivo	47
Cobertura	47
Vigencia	48
Exclusiones aplicables a las coberturas por accidente (Muerte Accidental, Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, Doble Indemnización por Accidente Colectivo)	48
OTROS BENEFICIOS	51
Descuento para No Fumador	51
Descuento para Mujeres.	51
ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES	53
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	53
LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	56

DEFINICIONES

ASEGURADO

Es la persona física o moral que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.

ACCIDENTE

Para efectos del presente contrato, se considerará como tal a la acción fortuita de una causa externa y violenta que directamente y con independencia de cualquier otra, origine en el asegurado daños físicos o el fallecimiento del mismo.

BENEFICIARIO

Persona física y/o moral designada en la Póliza por el Asegurado, como titular de los derechos indemnizatorios.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

CLÁUSULAS GENERALES

Es el conjunto de principios básicos que establece Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.

CONDICIONES PARTICULARES

Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la Póliza.

CONDICIONES ADICIONALES

Cuando exista, son todas aquellas disposiciones que determinan el alcance del Clausulado Particular.

CONTRATANTE

Persona física y/o moral que suscribe el Contrato y que generalmente coincide con la persona del Asegurado.

CONTRATO DE SEGURO

Acuerdo de voluntades por virtud del cual Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato.

La Póliza y la nueva versión de la misma, la solicitud, las condiciones generales, las particulares y las adicionales forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

CONDUSEF

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

DETALLE DE COBERTURAS

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más y del Contratante y/o Asegurado.

DESCRIPCIÓN DEL MOVIMIENTO

Es una breve explicación de la última modificación realizada a la Póliza.

SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas con la cual se celebra el Contrato.

LA ASEGURADORA.

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

IMPORTE TOTAL ACTUALIZADO

Aquí se presentan los importes totales acumulados por los movimientos realizados a la Póliza en cada versión, estos datos son sólo de carácter informativo, se compone de:

- Importe Total Anterior.- Es el importe total a pagar por concepto de la prima anual del año en curso de la Póliza.
- Importe Total Movimiento.- Es el importe de la prima de movimiento.
- Importe Total Actual.- Es la suma del importe total anterior más el importe total del movimiento.

PÓLIZA

Documento emitido por La Aseguradora en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

PRESCRIPCIÓN

Pérdida o extinción de derechos y/u obligaciones por el transcurso del tiempo.

PRIMA DEL MOVIMIENTO

Obligación de pago a cargo del Contratante y/o Asegurado, o de devolución a cargo de La Aseguradora, según sea el caso, por concepto de las modificaciones realizadas a la Póliza.

UDI

Unidades de Inversión

UMA

Unidad de medida y actualización.

VERSIÓN

Documento emitido por La Aseguradora con posterioridad a la fecha de inicio del Contrato de Seguro, el cual conserva el mismo número de Póliza y refleja las condiciones actuales del Contrato de Seguro.

CLÁUSULAS GENERALES

OBJETO DEL SEGURO

La Aseguradora se obliga a brindar al Asegurado la protección por los beneficios amparados en esta Póliza mediante la obligación del pago de la prima convenida, a partir del momento en que el Asegurado tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y durante la vigencia de la misma.

CONTRATO DE SEGURO

Acuerdo de voluntades por virtud del cual La Aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato.

La Póliza y la nueva versión de la misma, la solicitud, las condiciones generales, las particulares y las adicionales forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y La Aseguradora.

MODIFICACIONES

Cualquier modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Lo anterior en términos del artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia, el Agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por La Aseguradora, no podrá solicitar modificaciones.

Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: “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, fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro: “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.”

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. Lo anterior de conformidad con el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia u ocupación, siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes, posteriormente a la contratación de la Póliza.

PAGO DE LAS PRIMAS

La prima total de la Póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la misma. Anualmente se cobrará de manera adicional a la prima del seguro el recargo vigente al momento de la contratación y/o renovación.

La Prima anual estipulada para cada cobertura deberá ser pagada al inicio de cada aniversario de la Póliza, desde la fecha de la celebración del contrato y durante el “plazo de pago de primas” indicado en la caratula de esta Póliza.

El contratante, en cualquier aniversario de la Póliza puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso se cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el asegurado y La Aseguradora en la fecha de celebración del contrato y señalada en la caratula de la Póliza. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso.

Las primas son pagaderas en las oficinas de La Aseguradora a cambio de un recibo expedido por la misma.

PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

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

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

En este caso y sin necesidad de previa solicitud del contratante, la Aseguradora le prestará para el pago de la prima el importe de la misma.

Con la sola garantía de su reserva matemática.

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

EDAD

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

18 años de edad como mínimo y 60 años de edad como máximo.

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

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

- A. Cuando a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La 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.
- B. Si La Aseguradora hubiera entregado ya el importe de la Protección Contratada al descubrirse la inexactitud en la edad declarada del Asegurado, tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.
- C. Si a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- D. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, La Aseguradora estará obligada a pagar la Protección Contratada, que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, se rescindirá el Contrato devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Contrato en esta fecha.

BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a La Aseguradora, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. La Aseguradora informará al Asegurado de este cambio a través de la nueva versión de la Póliza. La Aseguradora pagará al último Beneficiario

del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

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

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

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

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

ADVERTENCIAS: El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y

no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Protección Contratada.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El contratante y el Asegurado al formular la propuesta del seguro, están obligados a declarar por escrito a La Aseguradora mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes, para apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca (n) o deba (n) conocer al momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aun cuando estos no hayan influido en la realización del siniestro.

INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia o la de su última rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado y al efecto La Aseguradora renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia o rehabilitación, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera La Aseguradora para la inclusión de algún beneficio o cláusula

adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante los dos primeros años. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

SUICIDIO

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

REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, podrán ser rehabilitados, siempre y cuando, no hayan transcurrido más de seis meses contados a partir de la fecha en que la póliza fue cancelada, el contrato no se hubiese convertido a un seguro saldado, el Asegurado lo solicite por escrito, presente pruebas de asegurabilidad a satisfacción de La Aseguradora y pague las primas correspondientes a los recibos pendientes de pago.

MONEDA

El pago de la prima y de las indemnizaciones que en su caso correspondan, será liquidado en Moneda Nacional, en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Para los planes denominados en dólares americanos (USD), las cantidades se convertirán a Moneda Nacional de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en moneda nacional que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se efectúen los pagos.

LIQUIDACIÓN

Al efectuarse la liquidación de este Contrato, La Aseguradora tendrá el derecho de reducir del monto de la Protección Contratada o el valor en efectivo según sea el caso, al importe que por concepto de cualquier prima y deducción se le adeude.

OPCIONES DE LIQUIDACIÓN

La Aseguradora liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la Póliza, según lo estipulado ya sea por medio de cheque o transferencia bancaria.

Cualquier opción de liquidación que elija el Asegurado al momento de la contratación de la Póliza para recibir los beneficios, podrá cambiarla siempre y cuando lo notifique por escrito a La Aseguradora antes de que se liquide cualquier monto pagadero.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de La Aseguradora o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

PRESCRIPCIÓN

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

Los plazos mencionados con anterioridad no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor (Artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Usuario de Servicios Financieros, asimismo se suspenderá en los casos previstos en esta Ley.

COMUNICACIONES

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

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

Los requerimientos y comunicaciones que La Aseguradora deba hacer al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

VALORES GARANTIZADOS

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

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

VALORES DE RESCATE

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

Dicha cantidad se especifica en la columna de Valor en Efectivo de la Tabla de Valores Garantizados, en la línea correspondiente con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas.

Para solicitar el Valor de Rescate, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a La Aseguradora.

Para hacer uso de este derecho, es necesario liquidar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.

Una vez liquidado el Valor de Rescate, este Contrato de Seguro quedará automáticamente cancelado.

SEGURO SALDADO

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

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

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

SEGURO PRORROGADO

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

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

INTERÉS MORATORIO

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

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

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

- I. *Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de 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.”

COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora tiene derecho de solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

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

Documentación del Asegurado:

- Muerte natural:

- Original del formato de Reclamación del Seguro de Vida debidamente requisitado.
- Original o copia certificada del Acta de defunción del Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de nacimiento del Asegurado
- Designación de beneficiarios en original de Asegurado.

- Muerte accidental:

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

- Invalidez Total y permanente:

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

Documentación del Beneficiario:

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

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

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

DOTALES A CORTO PLAZO

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

La tarifa correspondiente podrá variar y se aplicará la que esté vigente en la fecha del pago de la prima correspondiente a esta cobertura siempre de conformidad con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura, los beneficiarios designados en la Póliza, recibirán la suma asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de sobrevivencia del Asegurado al final del plazo del dotal vencido, la suma asegurada contratada para esta cobertura será abonada al fondo de administración, salvo que el asegurado gire instrucciones en contrario.

El pago de la prima correspondiente a la cobertura descrita en esta cláusula, deberá realizarse en una sola exhibición y se tomará como inicio de vigencia de la cobertura, la fecha que se indique en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Esta cobertura no genera dividendos.

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

FONDOS DE ADMINISTRACIÓN

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

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

Al cierre de cada mes la Aseguradora deducirá el equivalente a la tasa anual del 1.2% sobre el fondo invertido considerando el período real de inversión, por concepto de gastos de administración. Si la póliza ha sido contratada en dólares o en UDIS el porcentaje de gasto será del 0.40%

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

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

RETIROS

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

ESTADOS DE CUENTA

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

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

TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relativos a este Contrato, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente al momento de la transacción. Para los planes denominados en dólares americanos (USD) o en Unidades de Inversión (UDI'S), las cantidades se convertirán a Moneda Nacional de acuerdo con el tipo de cambio para solventar

obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en moneda nacional que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se efectúen los pagos.

COMISIONES

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

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Aseguradora se obliga a entregar al Asegurado la Póliza correspondiente, en caso de que el cobro de Prima objeto del seguro se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, cuya comercialización se realizó a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refiere el Artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

- 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 Aseguradora, con la finalidad de que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de la Aseguradora;

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

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

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

En el supuesto de que el Asegurado no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a la Aseguradora, 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 Aseguradora, o bien, solicitando su cancelación vía telefónica, o a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual se le proporcionará un número de folio de confirmación de la cancelación y/o no renovación.

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

PRECEPTOS LEGALES

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

DETALLE DE COBERTURA BÁSICA

La suma asegurada de esta cobertura es pagadera por fallecimiento del Asegurado, a los beneficiarios designados si este ocurre durante la vigencia de la póliza.

En caso de que el asegurado llegue con vida al término de la vigencia de la póliza, Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, le devolverá al Asegurado, el monto de las primas pagadas durante todo el plazo del seguro por concepto de la Cobertura Básica sin considerar: extra primas, recargos por pago fraccionado, derechos de póliza, primas de coberturas y/o beneficios adicionales, u otros conceptos diferentes a la prima pagada por fallecimiento.

LIMITANTE

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

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR GASTOS FUNERARIOS (AGF)

Beneficio

Si el asegurado fallece durante la vigencia de la póliza, 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 20 veces el valor de la UMA MENSUAL, el cual será calculado tomando como base el valor que se encuentre vigente al momento del siniestro, deduciendo el anticipo de la suma asegurada por fallecimiento.

Indemnización

La indemnización establecida corresponderá a un anticipo del 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, por concepto de gastos funerarios con un máximo de 20 veces el valor de la UMA MENSUAL, el cual será calculado tomando como base el valor que se encuentre vigente al momento del siniestro, deduciendo el anticipo de la suma asegurada por fallecimiento.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente será a aquel que presente a La Aseguradora el Certificado Médico de Defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Aseguradora.

Reclamación

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora 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.

Alcance

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

Exclusiones

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

Suicidio del asegurado dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de inicio de la póliza.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL (AET)

Beneficio

Si durante la vigencia de la póliza 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 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, por concepto de anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal con un máximo de 200 veces el valor de la UMA MENSUAL, el cual será calculado tomando como base el valor que se encuentre vigente al momento del siniestro, deduciendo el anticipo de la suma asegurada por fallecimiento.

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

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

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 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, por concepto de gastos funerarios con un máximo de 200 veces el valor de la UMA MENSUAL, el cual será calculado tomando como base el valor que se encuentre vigente al momento del siniestro, deduciendo el anticipo de la suma asegurada por fallecimiento.

Exclusiones

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

Suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida contados a partir de la fecha de alta del Asegurado a la Póliza o

fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, La Aseguradora reembolsará únicamente la reserva matemática.

COBERTURAS ADICIONALES

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

Cobertura

Si durante la vigencia del Contrato, el Asegurado sufre una invalidez total y permanente, La Aseguradora se compromete a continuar con el pago de las primas de la Protección Contratada por Fallecimiento.

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

Vigencia

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

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

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza a la que se adiciona.

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior

a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad, lo que ocurra primero, suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

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

Exclusiones

Este beneficio no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

- **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones, o en la práctica ocasional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación bacteriológica y/o química.**
- **Lesiones autoinfligidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**

- **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de presión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
- **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

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

Cobertura

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, La Aseguradora le pagará la Suma Asegurada de este beneficio.

Vigencia

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza a la que se adiciona.

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad, lo que ocurra primero, suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

Forma de Pago

La Aseguradora liquidará al Asegurado cualquier monto pagadero por este beneficio en una sola exhibición, una vez que se haya acreditado a La Aseguradora la invalidez del Asegurado de acuerdo con la definición de Invalidez Total y Permanente descrita en estas Condiciones Generales.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

También se considerará Invalidez Total y Permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos

manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no operará el periodo a que se refiere el párrafo anterior.

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

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

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

Exclusiones

Este beneficio no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

- **Accidente ocurrido al Asegurado cuando participe directamente en competencias o exhibiciones, o en la práctica ocasional de: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si**

viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.

- **Lesiones sufridas por el Asegurado en riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador**
- **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, algún estimulante o drogas, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- **Invalidez del Asegurado sufrida a consecuencia de: prestar servicio militar o naval, actos de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de radiaciones, contaminación bacteriológica y/o química.**
- **Lesiones autoinfligidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- **Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

- **Lesiones sufridas por el Asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de presión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquiera que fueren las manifestaciones clínicas.**
- **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- **Cualquier pérdida orgánica que se manifieste 90 días después de ocurrido el accidente.**

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

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Cobertura

La Aseguradora pagará la suma asegurada Contratada por Muerte Accidental, estipulada en la Carátula de la Póliza. La indemnización por este beneficio será igual a la Protección Contratada vigente a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presentan a La Aseguradora pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un accidente y que éste haya ocurrido durante el periodo de vigencia de la póliza.

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

La indemnización por este beneficio en ningún caso será mayor a la Protección Contratada por Fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte.

Si el Asegurado determina reducir la Protección Contratada por Fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio,

automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la Indemnización que corresponda a este beneficio, con el ajuste aplicable al pago de la prima correspondiente.

Vigencia

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza a la que se adiciona. Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

Definición de Muerte Accidental

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente ocurrido durante el plazo del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- La póliza se encuentre vigente.
- El accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura.
- El fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Cobertura

La Aseguradora pagará la suma asegurada Contratada por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, estipulada en la Carátula de la Póliza, de acuerdo con la opción de liquidación que aparece en la carátula de la Póliza. La indemnización por este beneficio será igual a la Protección Contratada vigente a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presentan a La Aseguradora pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un accidente y que éste haya ocurrido durante el periodo de vigencia de la póliza.

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

La indemnización por este beneficio en ningún caso será mayor a la Protección Contratada por Fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte.

Si el Asegurado determina reducir la Protección Contratada por Fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la Indemnización que corresponda a este beneficio, con el ajuste aplicable al pago de la prima correspondiente.

Vigencia

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza a la que se adiciona. Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

Definición de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

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

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

La indemnización en caso de fallecimiento, se pagará a los Beneficiarios designados y la correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado.

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

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- La póliza se encuentre vigente.
- El accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura.
- El fallecimiento o la pérdida orgánica, ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE COLECTIVO

Cobertura

La Aseguradora duplicará la indemnización indicada en la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridos por el Asegurado:

- a. Al accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no

aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

- b. Al accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público.

Quedan excluidos los ascensores industriales y de minas.

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

Vigencia

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza a la que se adiciona. Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, suspendiéndose el pago de la prima correspondiente.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- La póliza se encuentre vigente.
- El accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura.
- El fallecimiento o la pérdida orgánica, ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

Estos beneficios no cubren el accidente que se deba a las siguientes contingencias:

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

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

OTROS BENEFICIOS

DESCUENTO PARA NO FUMADOR

Como resultado de las declaraciones establecidas por el Asegurado en la solicitud correspondiente, La Aseguradora podrá hacer constar que el Asegurado ha sido calificado como FUMADOR o como NO FUMADOR.

Si el Asegurado es calificado como NO FUMADOR, gozará de este beneficio que consiste en reducirle dos años a la edad para el cálculo de la prima y valores garantizados, por el tiempo que establece la Póliza y mientras persistan las condiciones declaradas por el Asegurado en la solicitud respectiva. En caso de presentarse cambios de dichas condiciones dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de expedición de la Póliza, o de su rehabilitación, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a La Aseguradora, a más tardar en el siguiente aniversario de la Póliza. Transcurridos esos dos años, la Póliza será indisputable.

La Aseguradora dispondrá de treinta días a partir de la fecha en que se reciba la comunicación a que se hizo mención anteriormente, para resolver si mantendrá en vigor la presente cláusula. De no recibirse comunicación a ese respecto por parte del Asegurado, se asumirá que las condiciones establecidas en la solicitud persisten.

DESCUENTO PARA MUJERES.

La Aseguradora podrá otorgar un descuento en las primas de la tarifa del seguro de vida aplicable a personas del sexo femenino descontando tres años de la edad de la asegurada para efectos de la determinación de la prima y valores garantizados.

Este beneficio no opera cuando el riesgo es dictaminado por el área de suscripción médica como subnormal, entendiéndose como subnormal cualquier pregunta de la solicitud que haya sido respondida como afirmativa.

En ningún caso la edad aplicable para el cálculo de la prima y valores garantizados, una vez aplicado el Descuento para No Fumador y/o para Mujeres, será inferior de 18 años.

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 Junio de 2018, con el número CNSF-S0016-0229-2018”.

ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

Artículo 21.- El contrato de seguro:

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

Artículo 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 aquellos.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple

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

asumidas en el contrato de seguro y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

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 Junio de 2018, con el número CNSF-S0016-0229-2018”.

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 30 de Septiembre del 2019 con el número CGEN-S0016-0086-2019./G-01110-002

