



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0650-2011. 17 de julio de 2012

Hoy para Mañana

Seguros BX+



Condiciones Generales

“Hoy para Mañana”

Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-002052-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

ÍNDICE**Definiciones**

1. Accidente.	7
2. Asegurado.	7
3. Asegurado Titular.	7
4. Beneficiario.	7
5. Carátula de la Póliza.	7
6. Certificado Individual.	8
7. Contratante o Retenedor.	8
8. Dependientes Económicos.	8
9. Endoso.	8
10. Grupo Asegurado.	8
11. La Aseguradora.	8
12. Póliza o Contrato de Seguro.	9
13. Preexistencia.	9
14. Prima.	9
15. Período de Gracia.	10
16. Reclamación.	10
17. Registro de Asegurados.	10
18. Renovación.	10
19. Separación del Grupo Asegurable.	10

20. Siniestro.	10
21. Suma Asegurada.	11
22. Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF).	11

Claúsulas Generales

1. Objeto.	12
2. Vigencia de la Póliza.	12
3. Vigencia del Certificado Individual.	12
4. Renovación.	12
5. Cancelación, terminación o rescisión.	13
6. Cambio de Contratante o Retenedor.	13
7. Beneficiarios.	13
8. Edad.	14
9. Límites de Edad.	14
10. Movimientos de Asegurados.	14
11. Derechos al separarse del Grupo Asegurado	19
12. Notificaciones y/o Comunicaciones.	19
13. Modificaciones.	20
14. Rectificaciones.	20
15. Omisiones o inexactas declaraciones.	20
16. Disputabilidad.	21
17. Prima.	21

18. Plazo para realizar el pago de la Prima.	21
19. Lugar para el Pago de la Prima.	22
20. Forma de pago de la Prima.	22
21. Aviso y comprobación de siniestros.	22
22. Pago de indemnizaciones por siniestros.	23
23. Moneda.	23
24. Indemnización por mora.	23
25. Comisiones.	23
26. Prescripción.	24
27. Competencia.	24
28. Suma Asegurada.	25
29. Obligaciones del Contratante o Retenedor.	25
30. Entrega de Documentación Contractual	26
31. Preceptos Legales	26
Cobertura Básica	28
Cobertura por Fallecimiento para el Asegurado Titular	28
Coberturas Adicionales	30
Cobertura Adicional por Muerte Accidental para el Asegurado Titular	30
Cobertura Adicional de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal para el Asegurado Titular	33
Cobertura Adicional de Gastos Funerarios para el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos	37

DEFINICIONES

1. Accidente.

Se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerará accidente las lesiones auto infligidas o la muerte que intencionalmente se provoque el Asegurado (suicidio).

2. Asegurado.

Es la persona física expuesta a cualquier riesgo amparado por la Póliza, cuyo nombre aparece en el certificado correspondiente y que para efectos de esta Póliza será el Asegurado Titular y, en su caso, sus Dependientes Económicos.

3. Asegurado Titular.

Es la persona física que cumple con los requisitos de elegibilidad de La Aseguradora y que haya dado su autorización para formar parte del grupo asegurado.

4. 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 Titular o la(s) persona(s) por él designada(s).

5. Carátula de la Póliza.

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

6. Certificado Individual.

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre del Contratante o Retenedor, nombre y fecha de nacimiento del Asegurado Titular, número de Póliza, número de certificado, nombre y fecha de nacimiento de los Asegurados, coberturas contratadas, suma asegurada de cada una de éstas o reglas para determinarlas, fechas de inicio y fin de vigencia de la póliza y del certificado y nombre de los Beneficiarios.

7. Contratante o Retenedor.

Es la persona física o moral que contrata la Póliza y es responsable ante La Aseguradora, de la entrega del importe de las retenciones efectuadas por ella a los Asegurados Titulares, de acuerdo a las autorizaciones otorgadas por éstos, por concepto de las primas de esta Póliza.

8. Dependientes Económicos.

Para efectos de esta Póliza, sólo se consideran dependientes del Asegurado Titular, a su cónyuge, que posea tal carácter conforme a la legislación civil aplicable o padres, así como sus hijos solteros, menores de 25 años.

9. Endoso.

Documento que modifica y/o adiciona este Contrato de Seguro.

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, cuyos nombres se incluyen en el registro de Asegurados de la Póliza y que han dado su consentimiento expreso para ello.

11. La Aseguradora.

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

12. 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.

13. Preexistencia

Se refiere a aquellos padecimientos y/o enfermedades que cumplan lo siguiente:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la preexistencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o
- Que en cualquier momento se compruebe que el padecimiento y/o enfermedad existió desde antes de la celebración del contrato de seguro mediante un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Que haya sido diagnosticado con anterioridad da a la fecha de la celebración del contrato de seguro, mediante pruebas de laboratorio gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

14. Prima.

Es la contraprestación prevista en la Póliza a cargo del Asegurado Titular, la cual se paga a través del Contratante o Retenedor a favor de La Aseguradora, por la protección contenida en las coberturas contratadas.

15. Período de Gracia.

Es el plazo que otorga La Aseguradora para el pago de la prima.

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.

17. Registro 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 asegurado; suma asegurada o regla para determinarla, de cada uno; fecha en que entran en vigor los seguros; fecha de terminación de los seguros; operación y plan de seguros de que se trate; números de los certificados individuales correspondientes y las coberturas amparadas, así como el número de nómina o empleado y fecha de ingreso en la Compañía de cada Asegurado.

18. 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.

19. Separación del Grupo Asegurable

Es cuando el Asegurado Titular deja de formar parte por cualquier razón o motivo de la Empresa contratante del Seguro.

20. Siniestro.

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

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.

22. Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF).

Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal.

CLÁUSULAS GENERALES

1. Objeto.

La Aseguradora emite la presente Póliza, a efecto de brindar protección a las personas que hayan otorgado su consentimiento para formar parte del grupo asegurado, por el riesgo de la cobertura básica y, en su caso, por los riesgos adicionales que se contraten, 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. Vigencia de la Póliza.

Período 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.

3. Vigencia del 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.

4. Renovación.

Este contrato es emitido con vigencia anual, transcurrido este período se renovará por períodos de un año en las mismas condiciones en que fueron contratadas.

De conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta 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.

Las personas que después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo den su consentimiento para ser asegurados, se les aplicará cuestionario médico y pasarán por selección de riesgo.

Si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso por escrito a la otra parte su voluntad de no renovarlo, el pago de la prima acreditado mediante el descuento vía nómina se tendrá como prueba suficiente de dicha renovación. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Los certificados individuales se renovarán, hasta el aniversario en que el Asegurado Titular, cónyuge o padres, alcancen la edad de 70 años, y tratándose de los hijos, 25 años.

5. 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:

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

Si el Asegurado Titular decide dar por terminado el contrato, La Aseguradora devolverá a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no se suscite un siniestro.

- b) En caso de baja o separación definitiva de los Asegurados Titulares que forman parte de la Póliza.
- c) La protección terminará 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 71 años, excepto hijos, para los cuales la protección terminará en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida sea de 26 años.

- d) Esta Póliza será cancelada si el Asegurado Titular 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.
- e) Por rescisión del contrato, en caso de que 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.

6. Cambio de Contratante o Retenedor.

Cuando el objeto del seguro sea otorgar una prestación laboral y haya un cambio de Contratante o Retenedor, La Aseguradora podrá rescindir la Póliza o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo asegurado, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del citado cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante o Retenedor. 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.

7. 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 o Retenedor 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 Retenedor 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, enviando a esta última el certificado respectivo.

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 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.”

8. Edad.

Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurado 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 a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la reserva matemática 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 a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, 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 resulta 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.

9. Límites de Edad.

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

Para el caso del Asegurado Titular, Cónyuge o Padres, la edad mínima es de 15 años y la edad máxima de 70 años.

Para los hijos la edad mínima es de cero años y la edad máxima es de 25 años.

Las edades mencionadas, tratándose de los Dependientes Económicos, sólo operan para la Cobertura Adicional de Gastos Funerarios.

10. Movimientos de Asegurados.

Altas

Las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su

consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta 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 asegurado.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Aseguradora, dentro de los treinta 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 treinta días naturales, contado 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.

Se reitera que sólo a las personas que después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo den su consentimiento para ser asegurados, se le aplicará cuestionario médico y pasaran por selección de riesgo.

La prima de estos nuevos miembros del grupo asegurado será de acuerdo con la edad, ocupación y suma asegurada de cada Asegurado, calculada en proporción desde la fecha de su ingreso hasta el próximo vencimiento de vigencia de la Póliza.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de la 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.

11. Derechos al separarse del Grupo Asegurado

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 asegurado 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 asegurado deberá presentar su solicitud a La Aseguradora, dentro del plazo de treinta 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 Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a La Aseguradora la prima que corresponda, a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

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 o Retenedor, Asegurado Titular, Asegurado o a sus Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca La Aseguradora.

13. Modificaciones.

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente, que consten por escrito en la Póliza o endosos a la misma, registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (C.N.S.F.).

En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por La Aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones a la Póliza.

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 o Retenedor.

15. Omisiones o inexactas declaraciones.

El Asegurado Titular o sus representantes, 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 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.

De conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, esta cláusula sólo aplicará

para las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que no hayan dado su consentimiento para ser aseguradas dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso.

16. Disputabilidad.

Este seguro será disputable dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Asegurado Titular para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, 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.

De conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, esta cláusula sólo aplicará para las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que no hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso.

17. 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 su edad, ocupación, suma asegurada y sexo.

18. Plazo para realizar el pago de la Prima.

El Asegurado Titular tendrá como máximo un período de 30 días naturales, conocido como período de gracia a partir del inicio de vigencia del recibo correspondiente, para enterar el importe del total de la prima o la fracción pactada a través del Contratante o Retenedor. A las 12 horas del último día del período de 30 días naturales, los efectos de la Póliza cesarán automáticamente si el Asegurado Titular no ha entregado a La Aseguradora, a través del Contratante o Retenedor, el total del importe de la prima o la fracción pactada.

En caso de siniestro, si la Póliza está dentro del período de gracia y aún no se ha pagado la prima, La Aseguradora deducirá de la indemnización pagadera el total de la prima pendiente de pago.

19. Lugar para el Pago de la Prima.

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 mas no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, retenciones vía nómina, etc. El estado de cuenta o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

20. Forma de pago de la Prima.

La unidad de la prima calculada para el período de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Asegurado Titular 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.

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

21. 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.

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.

En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del siniestro.

22. 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 Asegurado Titular hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

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

23. Moneda.

Todos los pagos relativos a esta Póliza ya sean por parte del Asegurado Titular o de La Aseguradora, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente al momento en que ocurrió el siniestro.

24. Indemnización por mora.

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

25. Comisiones.

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el Contratante o Retenedor podrá solicitar por escrito a La Aseguradora, 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 Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

26. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

27. Competencia.

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

28. Suma Asegurada.

La suma Asegurada deberá determinarse para cada miembro del grupo asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a La Aseguradora. Para efectos del cálculo de la prima, el Contratante o Retenedor definirá una regla para determinar la suma asegurada de cada uno de los integrantes del grupo asegurado y aparecerá en el certificado individual correspondiente. Esta regla será de carácter no discriminatorio y podrá estar referida en veces al Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF), en una cantidad fija en pesos o en veces al salario de cada Asegurado. En aquellos casos en que dicha regla de suma asegurada se refiera al salario o sueldo de cada Asegurado, se entenderá salvo especificación en contrario, como el Salario Base no integrado por gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

29. Obligaciones del Contratante o Retenedor.

El Contratante o Retenedor tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la Póliza.

- a) Comunicar a La Aseguradora los nuevos ingresos al grupo asegurado, incluyendo los consentimientos respectivos, que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los Beneficiarios y si ésta se hace de forma irrevocable, número de empleado y fecha de ingreso a la Compañía. Asimismo, cuando el objeto del Contrato de Seguro sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud de seguro.
- b) Comunicar a La Aseguradora de las separaciones definitivas del grupo asegurado.
- c) Dar aviso a La Aseguradora de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha de cambio de condiciones

- d) Enviar a La Aseguradora los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas.

El Contratante o Retenedor deberá remitir dicha información a más tardar dentro de los quince días naturales posteriores a la fecha de ocurrido el cambio estipulado en cualquiera de los puntos anteriores.

30. Entrega de Documentación Contractual

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

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

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

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

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

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

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

31. 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 vepormas.com sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

COBERTURA BÁSICA

Cobertura por Fallecimiento para el Asegurado Titular

- Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado Titular gozará de la cobertura por fallecimiento, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del Asegurado Titular, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada Asegurado Titular.

- 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 Titular, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del certificado individual correspondiente.

En caso de indemnización La Aseguradora solicitará la documentación requerida para el trámite de la reclamación por siniestro.

- **Exclusiones.**

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

Suicidio del Asegurado Titular dentro de los dos primeros años de vigencia continua del certificado individual respectivo. En este supuesto, La Aseguradora devolverá a quienes hayan aportado la prima, de manera

proporcional, la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición.

Las coberturas siguientes en caso de ser contratadas, deberán aparecer necesariamente en el certificado individual correspondiente.

COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Adicional por Muerte Accidental para el Asegurado Titular

- Beneficio

Si el Asegurado Titular fallece a consecuencia de un accidente dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del accidente, durante la vigencia de esta cobertura, La Aseguradora pagará la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que se indicará en el certificado individual correspondiente, la cual será adicional e independiente a cualquier cobertura que ampare al Asegurado Titular. Esta cobertura aparecerá en el certificado individual del Asegurado Titular.

La Aseguradora pagará la suma asegurada de este beneficio, de la siguiente forma:

Si el Asegurado Titular fallece, la indemnización se pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez.

- 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 accidental del Asegurado Titular, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del certificado individual correspondiente.

En caso de indemnización La Aseguradora solicitará la documentación requerida para el trámite de la reclamación por siniestro.

- **Exclusiones**

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

- Infecciones, enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental.**
- Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado Titular.**
- Lesiones recibidas al participar el Asegurado Titular en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado Titular se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos, tales como: aerotaxis o uso de aviones privados, charter's, 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 Titular 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 durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado Titular haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado Titular se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o 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 Titular estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, sicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio**

de su profesión, o bien cuando no hayan sido la causa del siniestro.

- 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 Titular.**

Cobertura Adicional de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal para el Asegurado Titular

- Beneficio

Si dentro de la vigencia de esta cobertura al Asegurado Titular se le dictamina una Enfermedad Terminal, siempre y cuando no sea preexistencia, La Aseguradora pagará al Asegurado Titular, con sujeción a lo estipulado en la Póliza y por una sola vez, un anticipo del 30% de la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento con un máximo de \$100,000.00 (cien mil pesos M.N.). El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente la suma asegurada por fallecimiento. Esta cobertura aparecerá en el certificado individual del Asegurado Titular.

Se entenderá por Enfermedad Terminal lo siguiente:

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.

Es la enfermedad crónico degenerativa caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forma un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes o por propagación local declarando al paciente fuera del tratamiento oncológico, esto es, que no es candidato a quimioterapia, cirugía o radioterapia con fines curativos, aunque sí lo sea con fines paliativos.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por esta cobertura adicional:

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

7. 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.

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 de Disnea, Cianosis, Matidez pulmonar, Hepatomegalia importante, Cardiomegalia y/o Edema.

e) Enfermedad Vasculiar Cerebral Grave.

La Póliza cubre los 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.

El Asegurado Titular sólo podrá hacer uso de esta cobertura una sola vez.

• Indemnización

El anticipo establecido en esta cobertura, se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite que al Asegurado Titular se le dictaminó una Enfermedad Terminal, así como

que ésta ocurrió dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente.

El dictamen deberá estar certificado por un médico especialista en el campo de tratamiento de la enfermedad correspondiente, sustentado en estudios de laboratorio y ratificado por un médico nombrado por La Aseguradora adicional al requerimiento de documentación que indique La Aseguradora.

- **Exclusiones**

El anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal no se concederá, cuando ésta se deba a:

- a) **SIDA o presencia del virus VIH.**
- b) **Tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada a sí mismo por el Asegurado Titular, ya sea en estado de cordura o demencia.**
- c) **Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.**
- d) **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**
- e) **Abuso de alcohol, drogas, barbitúrico, enervante, estimulante, estupefaciente, sustancia psicotrópica.**

Cobertura Adicional de Gastos Funerarios para el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos

- Beneficio

Si el Asegurado Titular y/o sus Dependientes Económicos fallecen durante la vigencia de esta cobertura, La Aseguradora

pagará la suma asegurada pactada para la misma, la cual aparecerá determinada en el certificado individual de cada Asegurado y será adicional e independiente a cualquier cobertura que ampare al Asegurado. Esta cobertura aparecerá en el certificado individual del Asegurado Titular.

En caso de que el Asegurado Titular no tenga cónyuge ni hijos, se considerarán, para efecto de esta cobertura, a sus Padres como Dependientes Económicos.

La Aseguradora pagará la suma asegurada de este beneficio, de la siguiente forma:

1. Si el Asegurado Titular fallece, la indemnización se pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza, continuando la protección para los demás Dependientes Económicos.
2. Si alguno de los Dependientes Económicos fallece, se pagará al Asegurado Titular la suma asegurada estipulada para este beneficio en el certificado individual, continuando la protección para los demás Dependientes Económicos y el Asegurado Titular.
3. Si el Asegurado Titular y el/los Dependientes Económicos fallecen el pago de suma asegurada se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado Titular.

Cuando el Asegurado Titular contraiga matrimonio durante la vigencia de la Póliza y desee cubrir al cónyuge con esta cobertura, éste quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se dé a La Aseguradora el aviso correspondiente, debiendo adjuntar el acta de matrimonio respectiva.

Cuando el Asegurado Titular tenga un hijo durante la vigencia de la Póliza y desee incluirlo en esta cobertura, éste quedará cubierto a partir de la fecha de nacimiento, siempre y cuando se dé a La Aseguradora el aviso correspondiente, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva.

La suma asegurada para el Asegurado Titular y por cada Dependiente Económico para esta cobertura, será la estipulada en el certificado individual del Asegurado. La suma asegurada para los Dependientes Económicos menores de doce años es una ayuda para gastos funerarios, la cual no podrá ser mayor a sesenta veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF) a la fecha de sucedido el 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 Titular, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del certificado individual correspondiente.

En caso de indemnización La Aseguradora solicitará la documentación requerida para el trámite de la reclamación por siniestro.

- **Exclusiones.**

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

Suicidio del Asegurado Titular o Dependiente Económico en los dos primeros años de vigencia continua del certificado individual respectivo. La Aseguradora devolverá a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

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 (55) 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico 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 República al 01800 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 17 de julio de 2012, con el número CNSF-S0016-0650-2011.

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

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

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

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

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

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya

llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 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 no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta 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 o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta 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 treinta días naturales, contado 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.

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 (55) 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico 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 República al 01800 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 17 de julio de 2012, con el número CNSF-S0016-0650-2011.

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

