



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0860-2010 13 de septiembre de 2010

**Seguro de Accidentes
Personales Colectivo**

Seguros BX+



Condiciones Generales

**Seguro de
Accidentes
Personales
Colectivo**

Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-002043-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

ÍNDICE		CLÁUSULAS GENERALES	20
DEFINICIONES	7	CONTRATO	20
ASEGURADO	7	COLECTIVIDAD ASEGURADA	20
CONTRATANTE	7	CERTIFICADO INDIVIDUAL	20
COLECTIVIDAD ASEGURABLE	7	REGISTRO DE ASEGURADOS	20
ACCIDENTE CUBIERTO	7	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	21
SUMA ASEGURADA	7	MODIFICACIONES AL CONTRATO	21
DEDUCIBLE	8	NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES	22
ENDOSO	8	TERMINACIÓN DEL CONTRATO	22
FRANQUICIA	8	PRIMAS	23
LA COMPAÑÍA	8	PLAZO DE GRACIA	24
REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO	8	REHABILITACIÓN	24
RIESGOS CUBIERTOS	9	COMISIONES	25
COBERTURA I. MUERTE ACCIDENTAL	9	OCUPACIÓN	25
COBERTURA II. GASTOS FUNERARIOS	9	EDAD	26
COBERTURA III. PÉRDIDAS ORGÁNICAS	9	ALTAS POSTERIORES	27
COBERTURA IV. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD	11	SEPARACIÓN DE LA COLECTIVIDAD	28
COBERTURA V. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	12	RENOVACIÓN	28
EXCLUSIONES GENERALES	17	OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	29
RIESGOS EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO	19	SINIESTROS	30
		PAGO DE INDEMNIZACIONES	31

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	33
ARBITRAJE MÉDICO	34
OTROS SEGUROS	34
BENEFICIARIOS	35
MONEDA	36
INDEMNIZACIÓN POR MORA	36
PRESCRIPCIÓN	39
COMPETENCIA	40
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	40
PRECEPTOS LEGALES	42

DEFINICIONES

ASEGURADO

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

CONTRATANTE

Es aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas y el responsable directo de pagar la prima a La Compañía.

COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, cuyo número mínimo de participantes representen el 80% de los miembros con un mínimo de diez asegurados principales.

ACCIDENTE CUBIERTO

Para efectos de esta póliza se entenderá por accidente todo acontecimiento ocurrido por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

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

SUMA ASEGURADA

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

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

DEDUCIBLE

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

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

ENDOSO

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

FRANQUICIA

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

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

LA COMPAÑÍA

En lo sucesivo, toda mención de La Compañía se refiere a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO

En lo sucesivo, toda mención del Reglamento del Seguro Colectivo se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA I. MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere su muerte, La Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a los herederos legales del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en el certificado individual para esta cobertura. No se deduce la cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones cubiertas por cualquier otra cobertura contratada, cuando éstas hayan sido producidas por el mismo accidente que le provocó la muerte.

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

COBERTURA II. GASTOS FUNERARIOS

Si como consecuencia de un accidente e independientemente de cualquier otra causa, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente sobreviene la muerte del Asegurado, La Compañía pagará al tutor del menor, el importe total de la suma de los gastos comprobados para esta cobertura hasta su suma asegurada contratada, la cual no podrá exceder de 60 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal. No se deduce la cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones cubiertas por cualquier otra cobertura contratada, si éstas fueron causadas por el mismo accidente que le provocó la muerte, esto debido a que se trata de coberturas independientes.

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

COBERTURA III. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

COBERTURA IV. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD

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

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

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

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

COBERTURA V. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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

Los Honorarios médicos por consultas médicas, procedimientos médicos y/o quirúrgicos estarán sujetos a la tabla de honorarios quirúrgicos que se contrata en la cual indica el máximo a pagar para dichos conceptos, misma que se especifica en el certificado individual.

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

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia necesarias a causa de accidente, serán cubiertos por La Compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima contratada para esta Cobertura. Adicionalmente al límite indicado para los tratamientos anteriores, los gastos por servicio de ambulancia o traslado se cubrirán hasta un monto máximo equivalente hasta un 5% de la suma asegurada en esta cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta Cobertura.

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

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

PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Cuando el Asegurado afectado acuda al hospital y no cuente con el endoso de pago directo, los gastos realizados por atención médica a consecuencia de algún accidente cubierto por la póliza, deberán ser liquidados por el Asegurado/afectado directamente al hospital y/o médico que prestó la atención.

La atención médica y el aviso por escrito a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más **DEBERÁ** ser en el transcurso de los primeros **cinco días de haber ocurrido el accidente** que pueda ser motivo de indemnización.

Aquellos que procedan serán reembolsados posteriormente al Asegurado o a quien éste designe. Para obtener el servicio es necesario recabar los siguientes documentos:

Original de los comprobantes de pago a nombre de la persona que se elaborará el reembolso: Facturas del hospital, recibos de honorarios

médicos, facturas de farmacia con receta, estudios realizados, gastos erogados fuera del hospital, ambulancia, etc.

Dichos comprobantes deberán de cumplir los siguientes requisitos fiscales:

1. Nombre, denominación o razón social, domicilio fiscal y clave del registro federal de contribuyentes de quien los expida.
2. Número de folio, lugar y fecha de expedición.
3. Nombre, razón social y domicilio de la persona a favor de quien se expiden.
4. Cantidad y clases de mercancías o descripción del servicio que amparen.
5. Valor unitario e importe consignado en número y letra.
6. En la(s) factura(s) de hospitalización, deberá aparecer el desglose detallado de cada uno de los conceptos que ampara.
7. Los recibos de honorarios médicos deberán presentarse por separado.
8. La(s) factura(s) de laboratorio(s) de análisis clínicos o de gabinete para estudios clínicos, deberán ser acompañadas, de la prescripción médica y de la copia del resultado de los estudios efectuados.
9. Las facturas de farmacia deberán ser acompañadas de la prescripción o receta médica.

IMPORTANTE

En todos los casos tanto en Pago Directo (contratado mediante endoso) como en Reembolso de Gastos deberán requisitarse los siguientes documentos:

- **Aviso de accidente**

Este formato deberá ser llenado por el representante legal del Contratante.

- **Informe Médico**

Este formato deberá ser llenado, sellado y firmado por el médico tratante deberá contener como mínimo los datos que a continuación se detallan:

1. Nombre y tipo de lesión
2. Fecha de diagnóstico
3. Tiempo de evolución
4. Tratamiento recomendado
5. Pronóstico

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Cuando el Asegurado afectado sufra una lesión a consecuencia de las siguientes causales, no se pagarán los gastos erogados conforme a las condiciones generales de la póliza:

- **Lesiones resultantes de agresiones físicas en la persona de los asegurados.**

Podrán cubrirse aquellas agresiones en las que la denuncia de los hechos se presente ante el Ministerio Público y en el que se determine que el asegurado es el afectado y no sea por culpa grave del mismo.

- **Picaduras de insectos, en donde no se demuestre médicamente una reacción de tipo “anafiláctica”.**
- **Tratamientos con fines preventivos y/o vacunas.**
- **Lesiones provocadas intencionalmente por el mismo Asegurado, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- **Lesiones sufridas como consecuencia de enfermedades que padezca el Asegurado, y que por sus manifestaciones y síntomas, sean la causa directa o indirecta de la lesión corporal producida en el Asegurado.**

EXCLUSIONES GENERALES

El contrato de seguro contenido en esta póliza NO CUBRE:

- **Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados directamente por lesiones provocadas por un accidente, o que hayan sido provocados por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.**
- **Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo.**
- **Homicidio cuando se derive de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier clase o su tentativa.**
- **Suicidio o cualquier conato del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- **Hernias y eventraciones, salvo que sea por accidente.**
- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, salvo que sea por accidente.**
- **Abortos, cualquiera que sea su causa.**

- **Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo el influjo de alguna droga o enervante de uso ilícito, o en estado de ebriedad.**
- **Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.**
- **Pérdidas derivadas directamente de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por éstos:**
 - a. **Aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del Contrato, y/o**
 - b. **Aquellos cuya existencia se determine en un expediente médico con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o**
 - c. **Aquellos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o**
 - d. **Aquellos por los que se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico previamente a la fecha de celebración del contrato.**

RIESGOS EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

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

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

CLÁUSULAS GENERALES

SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, ampara al Asegurado en caso de accidente, de acuerdo con las condiciones generales y particulares de esta póliza y conforme a las coberturas y sumas aseguradas establecidas en el certificado individual, siempre que el accidente ocurra durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las coberturas estipuladas en esta póliza.

CONTRATO

Esta póliza, la Solicitud, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a La Compañía, conforme a las cuales ha sido clasificado el riesgo, los Certificados Individuales, los Consentimientos, el Registro de Asegurados, las Cláusulas Adicionales y los Endosos, constituyen prueba del Contrato de Seguro.

COLECTIVIDAD ASEGURADA

La colectividad asegurada es el conjunto de personas que perteneciendo a la colectividad asegurable, hayan firmado su consentimiento para ser aseguradas en la presente póliza y aparezcan en el registro de Asegurados que forme La Compañía.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

La Compañía está obligada a expedir y entregar un Certificado Individual a cada Asegurado, el cual deberá contener nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora, firma del funcionario autorizado por la Aseguradora, operación del seguro, el número de la póliza y del certificado; nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado; fecha de vigencia de la póliza y del certificado; suma asegurada o la regla para determinarla en cada beneficio; nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable de la designación.

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía llevará un registro de 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 de la colectividad, suma asegurada o regla para determinarla, fecha en que entra en vigor el seguro de

cada uno de los integrantes de la colectividad y fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguros de que se trate, número de certificado individual y coberturas amparadas. Una copia autorizada de este registro será entregada al Contratante.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante está obligado a declarar por escrito a La Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere este párrafo, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Esta misma obligación tendrá el Asegurado al que la Compañía le exija requisitos médicos para su admisión, por haber ingresado a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro y otorgado su consentimiento después de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirió el derecho a formar parte de dicha Colectividad.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

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

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

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- a) La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato, La Compañía devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido.

- b) La cancelación de la póliza por falta de pago de la prima respectiva 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 alguna.
- c) En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, al cubrir los requisitos médicos que la Compañía le exija por haber ingresado a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración de este contrato y no haber otorgado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes, La Compañía podrá rescindir el contrato, respecto de ese Asegurado,

en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo el 60% de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del certificado respectivo.

- d) Para el caso de que la presente póliza tenga por objeto otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, La Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará la prima neta no devengada y los beneficios derivados de este contrato al Contratante y en su caso al Asegurado, en la proporción que cada uno de estos participe en el pago de la prima.

PRIMAS

El monto de la prima es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su ocupación y actividad en la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Tanto la prima total de la Colectividad Asegurada como la correspondiente a cada integrante de la misma, deberán estar registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato y el Contratante es el que se compromete a realizar el pago de la misma. Para los efectos de este contrato, el período del seguro es de un año. Si se opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por el pago fraccionado que corresponda, la cual se dará a conocer por escrito al Contratante.

Los integrantes de la Colectividad, en su carácter de Asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en la proporción que se establezca en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

El Contratante debe realizar el pago de la prima en las oficinas de la Compañía sin perjuicio de que pueda efectuarse mediante depósito, o con cargo a su tarjeta de débito o crédito, previa autorización que otorgue por escrito, así como por transferencia electrónica. El estado de cuenta en el que aparezca el cargo respectivo hará prueba del pago de la prima hasta en tanto La Compañía entregue al Contratante el recibo correspondiente.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la prima promedio que se aplicará a los Asegurados de la colectividad en el siguiente período.

A los integrantes de la Colectividad que se incorporen con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza, se les aplicará la cuota promedio por días exactos contados desde el inicio de vigencia de su certificado individual y en el caso de los integrantes de la Colectividad que se separen definitivamente del grupo, La Compañía devolverá la parte de la prima neta no devengada calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

PLAZO DE GRACIA

El Contratante dispone de un plazo de gracia de 30 días siguientes a la fecha de su vencimiento, para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la póliza, o de la primera fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

Si no se hubiere efectuado el pago de la prima dentro del plazo establecido en el párrafo anterior, el contrato cesará sus efectos automáticamente a las doce horas del último día de dicho plazo. En el caso de pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado plazo de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes al primero.

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

REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de PRIMAS de estas condiciones generales, el Contratante podrá dentro de los 30 días naturales siguientes

al último día de plazo de gracia, pagar la prima de este seguro; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se reanudará automáticamente, o sea se conservará su período de cobertura original. Después de estos 30 días naturales siguientes al último día de plazo de gracia no se otorga rehabilitación alguna.

COMISIONES

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

OCUPACIÓN

El Contratante, inmediatamente a que se verifique a un cambio de ocupación de la Colectividad Asegurada, deberá avisarlo por escrito a La Compañía para que ésta proceda a los ajustes o modificaciones correspondientes.

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

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

EDAD

La edad mínima y máxima de aceptación se indica en la descripción de cada cobertura de las presentes Condiciones Generales, tanto para su primera vigencia como para sus renovaciones. En cualquier caso, la cobertura de muerte accidental solamente se concederá a personas mayores de 12 años.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o de la renovación del contrato del seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados en las presentes condiciones generales, los beneficios de la presente póliza respecto de dicho Asegurado quedarán nulos y sin ningún valor y La Compañía reintegrará a quién hubiese aportado la prima, el valor de la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se pague una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si La Compañía hubiere satisfecho ya el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse conforme a esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta

se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, La Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

La edad de los Asegurados, asentada en los Certificados Individuales del Seguro, deberá comprobarse presentando una prueba fehaciente a La Compañía, la que extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir una nueva prueba de la edad.

ALTAS POSTERIORES

Las personas que ingresan a la Colectividad Asegurada 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 de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada 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 Compañía, 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 Compañía 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, contando 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 (Artículo 17 del Reglamento del Seguro Colectivo).

El Contratante deberá solicitar por escrito a La Compañía incluir a los nuevos Asegurados, la cual cobrará una prima calculada en proporción

desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza, contando con el plazo de gracia antes citado.

SEPARACIÓN DE LA COLECTIVIDAD

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, La Compañía 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 (Artículo 18 del Reglamento del Seguro Colectivo).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

Los ajustes correspondientes en primas se podrán realizar con base en el procedimiento de administración que se haya estipulado al momento de la contratación de la póliza.

RENOVACIÓN

- A) La Compañía podrá renovar el presente contrato mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro Colectivo en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas (Artículo 21 del Reglamento del Seguro Colectivo).

La póliza se podrá renovar por períodos de igual duración si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de darla por terminada.

- B) No obstante la no renovación de la póliza y los siniestros ocurridos durante la vigencia de la misma seguirán cubiertos

por la totalidad de las prestaciones del seguro hasta el agotamiento de las sumas contratadas o del período indicado para cada beneficio.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Serán obligaciones del Contratante:

- A) Informar a cada Asegurado su calidad de integrante de la Colectividad Asegurada mediante esta póliza y entregar los certificados correspondientes.
- B) Informar por escrito a La Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a que se verifiquen, los nuevos ingresos a la colectividad asegurada.

Asimismo, deberá recabar debidamente requisitados los consentimientos de los Asegurados vigilando que se exprese el nombre del Asegurado así como la designación de beneficiarios, su fecha de nacimiento, su Registro Federal de Contribuyentes y la suma asegurada o regla para determinarla.

- C) Informar por escrito a La Compañía, en un plazo máximo de 30 días naturales inmediatos posteriores a que ocurran, las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- D) Informar por escrito a La Compañía, dentro del término de 30 días naturales siguientes a que se verifique cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. De ser el caso, las nuevas sumas aseguradas entrarán en vigor desde la fecha de cambio de condiciones.
- E) Remitir los nuevos consentimientos de los Asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán, dentro de los 10 días siguientes a que se verifique dicha modificación.

SINIESTROS

- A) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía en el curso de los primeros cinco días de cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, en los que se proporcionará el aviso tan pronto como cese uno u otro. El incumplimiento a esta obligación, traerá como consecuencia que La Compañía pueda reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.
- B) En toda reclamación deberá comprobarse a La Compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todas las pruebas de las pérdidas sufridas o los gastos médicos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc. en originales.
- C) En la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, La Compañía sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinetes, etc. prescritos por el Médico tratante, con todos los requisitos fiscales y acompañados de la receta médica correspondiente y conforme al nivel de tabulador contratado estipulado en el certificado individual.
- D) La Compañía no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos o facturas con todos los requisitos fiscales.
- E) La Compañía podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección en el sanatorio

u hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

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

- I. En el caso de la cobertura de Muerte Accidental:
 - A. Comprobante de domicilio del Asegurado;
 - B. Acta de defunción del Asegurado;
 - C. Acta levantada ante el Ministerio Público;
 - D. Acta de nacimiento del Asegurado;
 - E. Acta de matrimonio del Asegurado, en su caso;
 - F. Carta y dictamen del médico tratante;
 - G. Certificado individual del seguro;
 - H. Último comprobante de pago de la póliza;
 - I. Comprobante de domicilio de los beneficiarios;
 - J. Identificación de los beneficiarios;
 - K. Acta de nacimiento de los beneficiarios.
- II. En el caso de la cobertura de Gastos Funerarios:
 - A. Comprobante de domicilio del Asegurado;
 - B. Acta de defunción del Asegurado;
 - C. Acta levantada ante el Ministerio Público;
 - D. Acta de nacimiento del Asegurado;
 - E. Carta y dictamen del médico tratante;
 - F. Certificado individual del seguro;
 - G. Comprobante de domicilio de los beneficiarios;
 - H. Identificación oficial de los beneficiarios;

- I. Acta de nacimiento de los beneficiarios;
- J. Factura o recibos de los gastos realizados (Sólo por reembolso).

III. Tratándose de la cobertura de Pérdidas Orgánicas:

- A. Comprobante de domicilio del Asegurado;
- B. Dictamen del médico tratante;
- C. Acta de nacimiento del Asegurado;
- D. Certificado individual del seguro;
- E. Último comprobante de pago del certificado.

IV. Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos:

- A. Comprobante de domicilio del Asegurado;
- B. Dictamen del médico tratante;
- C. Certificado individual del seguro;
- D. Último comprobante de pago del certificado;
- E. Factura o recibos de los gastos realizados.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

La Compañía sólo podrá rechazar las reclamaciones por considerar que un padecimiento es preexistente cuando cuente con las pruebas de que:

- a) Previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico del padecimiento de que se trata, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico,

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento de que se trate.

ARBITRAJE MÉDICO

Cuando a juicio de La Compañía se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo y por escrito, por el Asegurado y La Compañía, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Compañía acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se obliga a comparecer ante el árbitro designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado o beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia en relación con la preexistencia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por La Compañía

OTROS SEGUROS

Si la cobertura "REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS" estuviera amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras

compañías, que cubran el mismo riesgo, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos.

BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, los Asegurados podrán hacer su designación de Beneficiario(s), mediante notificación por escrito en el consentimiento respectivo, el cual deberá remitirse a La Compañía para la anotación correspondiente.

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

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

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

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.

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

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

MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de la póliza se efectuarán en moneda nacional. Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato se indemnizarán en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que se efectúe el pago.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

Si La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones de pago establecidas en los términos de 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 de acuerdo a lo siguiente:

“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.”

PRESCRIPCIÓN

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

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de La Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

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 puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de la Compañía;
- V. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.
- VI. Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

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

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

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

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

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

PRECEPTOS LEGALES

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

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico 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 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 13 de septiembre de 2010, con el número CNSF-S0016-0860-2010.

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

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

Artículo 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.

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
- I Bis La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos
- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

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.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los

requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico 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 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 13 de septiembre de 2010, con el número CNSF-S0016-0860-2010.

Agravación Esencial del Riesgo

Para efectos de este contrato, se entenderá como Agravación de Riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, incrementando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.

Las obligaciones de La Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción

V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, (actualmente artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de Junio del 2019 con el número CGEN-S0016-0033-2019

