



Aut. Oficio No. C.N.S.F. S0016-0522-2015. 26 de enero 2016

**Seguro de Accidentes  
Personales Colectivo  
Protección Real**

**Seguros BX+**



**Condiciones Generales**

**Seguro de  
Accidentes  
Personales  
Colectivo  
Protección Real**

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

**CONTENIDO****DEFINICIONES**

ACCIDENTE	7
ASEGURADO	7
BENEFICIARIO	7
COLECTIVIDAD ASEGURADA	7
COMPAÑÍA	7
CONTRATANTE	8
COPAGO	8
ENDOSO	8
ENFERMEDADES PREEXISTENTES	8
HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	9
HOSPITALIZACIÓN	9
LUGAR DE RESIDENCIA	9
MÉDICO	9
PÉRDIDA ORGÁNICA	9
SUMA ASEGURADA	9
VADEMECUM	10

**COBERTURAS**

COBERTURA I. MUERTE ACCIDENTAL.	11
COBERTURA II. PÉRDIDAS ORGÁNICAS.	11

COBERTURA III. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.	13
--	----

**EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS**

• PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.	14
• PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.	17

**CLÁUSULAS GENERALES**

BENEFICIARIO	22
CONTRATO	23
VIGENCIA	23
OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES	23
MODIFICACIONES	23
DISPUTABILIDAD	24
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	24
ALTA DE ASEGURADOS	25
BAJA DE ASEGURADOS	25
RENOVACIÓN	26
REGISTRO DE ASEGURADOS	26
AGRAVACIÓN DEL RIESGO	26
AVISO DE SINIESTRO	27
COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	27

PRIMAS	28
PLAZO PARA REALIZAR EL PAGO DE LA PRIMA	29
CANCELACIÓN	29
MONEDA	30
INDEMNIZACIÓN	30
INDEMNIZACIÓN POR MORA	33
COMPETENCIA	33
PRESCRIPCIÓN	33
COMISIONES	34
CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN	34
<b>SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO.</b>	<b>36</b>

## **DEFINICIONES**

### **Accidente**

Para efectos de este contrato se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza, y que produzca lesiones corporales y en su caso requieran hospitalización del asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente, o la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado, así como partos o cesáreas.

No se considera accidente a las enfermedades o cualquier condición o proceso degenerativo o natural.

### **Asegurado**

Es la persona física amparada por las coberturas del seguro contratadas bajo esta póliza.

### **Beneficiario**

Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada que en su caso proceda en términos de este contrato.

### **Colectividad Asegurada**

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan 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.

### **Compañía**

Toda mención en adelante en la Compañía, se refiere a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

**Contratante**

Es aquella persona moral o física (mayor de 18 años) que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

**Copago**

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la consulta médica, estudios o diagnóstico, etc., relacionado con la asistencia denominada Médico General a Hotel, que representa una parte del valor de los servicios médicos cubiertos.

**Endoso**

Documento emitido por la Compañía y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato de seguro y forma parte de éste.

**Enfermedades Preexistentes**

Son aquellas que:

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

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- II. Previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

**Hospital, Clínica o Sanatorio**

Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y la atención quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que da servicio las 24 horas del día con médicos y enfermeras tituladas.

No se incluye dentro de esta definición a ninguna institución de descanso o convalecencia, o lugares de cuidado o instalación de personas mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales.

**Hospitalización**

La Hospitalización para efectos de este contrato de seguro, es la estancia continua mayor a 24 horas en un hospital, clínica o sanatorio, el tiempo de estancia corre a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno.

**Lugar de Residencia**

Domicilio declarado en la solicitud por el Asegurado Titular.

**Médico**

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser médico general o médico especialista, en este caso deberá tener el certificado vigente por el consejo de la especialidad correspondiente.

**Pérdida Orgánica**

Se entenderá por Pérdida Orgánica la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

**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 al momento de la contratación de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura, ésta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del período de vigencia de la póliza.

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

### **VADEMECUM**

Es un diccionario de medicamentos, el cual contiene detalles fundamentales de éstos; como son sustancias activas, nombres comerciales, indicaciones, contraindicaciones, presentaciones, composiciones, dosis, interacciones medicamentosas, intoxicaciones y medidas para su uso, entre otras.

## **COBERTURAS**

### **Cobertura I. Muerte Accidental.**

Si como consecuencia de un 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 contratada para esta cobertura.

De la suma asegurada contratada se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo accidente que provoca la muerte.

Para menores de 12 años esta cobertura se define con el nombre de "REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS", y se reembolsará el mínimo entre la Suma Asegurada contratada y el monto de 60 veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.

### **Cobertura II. Pérdidas Orgánicas.**

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, las lesiones produjeran cualquiera de las pérdidas enseguida descritas, la Compañía pagará al Asegurado una indemnización igual a la que resulte de aplicar los porcentajes a la suma asegurada contratada para esta cobertura.

<b>ESCALA DE INDEMNIZACIONES</b>		
<b>CONCEPTO</b>	<b>ESCALA "A"</b>	<b>ESCALA "B"</b>
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%

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

Se entenderá por pérdida de las manos o de los pies, la mutilación o anquilosis total de estos órganos; 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 articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma, y por pérdida de la audición la sordera total y definitiva en los dos oídos.

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

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

En caso de que se llegue a presentar la Muerte a causa del mismo accidente que ocasionó la pérdida orgánica, la presente cobertura disminuye en proporción a la suma asegurada de la cobertura de Muerte Accidental.

### **Cobertura III. Indemnización Diaria Por Hospitalización Por Accidente.**

Si como consecuencia directa de un accidente sufrido por el Asegurado, ocurrido durante la vigencia del período cubierto e independiente de cualquier otra causa, el Asegurado es hospitalizado por un período superior a dos días en un hospital, clínica o sanatorio legalmente establecido, la Compañía le pagará el monto que se calcule al multiplicar el número de días en que haya sido hospitalizado por la suma asegurada diaria contratada para esta cobertura.

La Compañía cubrirá como máximo treinta días.

Si el Asegurado incurre en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, separadas por intervalos menores o iguales a treinta días, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de cobertura mencionada en el punto anterior.

Una vez que el asegurado sea dado de alta del hospital y entregue la documentación necesaria para comprobar el evento, la Compañía analizará la procedencia de éste y pagará la indemnización si así se dictamina.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas, la Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

## **EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS**

- **Para las Coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.**

**La compañía no responderá de la Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas que sufra el asegurado:**

1. **Enfermedades preexistentes y lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.**
2. **Por actos delictivos intencionales en que participe directamente.**
3. **Por su participación directa en: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.**
4. **Cuando se encuentre realizando las actividades de: buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, paracaidismo, acrobacia, equitación, montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, carreras de caballos, deportes de**

**invierno, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.**

5. **En accidentes que se originen por participar en: carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante; conducción o pasajero de motocicletas, motonetas y vehículos de motor similares en tierra o agua.**
6. **En accidentes que ocurran al encontrarse a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.**
7. **Por suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
8. **Ocurridos por culpa grave del asegurado, como lo es encontrarse bajos lo efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.**
9. **Por inhalación de gases o humo o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, a menos que se demuestre que fue accidental.**



10. **Por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
11. **En caso de que el Asegurado se encuentre habitualmente o con motivo de su actividad o género de vida en exposición o uso de explosivos, sustancias o material radiactivo, radiaciones de cualquier tipo, venenos, armas de fuego, material biológico, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo o riesgo de altura inusuales, minas, excavaciones, cuevas o lugares subterráneos, embarcaderos, pozos de petróleo, canteras o andamios de más de 2 metros de altura, actividades de ingeniería marítima o naval.**
12. **Accidentes causados por radiación atómica.**
13. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
14. **Lesiones o cualquier pérdida orgánica que se manifieste después de 90 días de ocurrido el accidente.**
15. **Homicidio que resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.**
16. **SIDA y VIH: Cualquier accidente que resulte o se relacione directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida**

**(SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**

- **Cualquier infección que incluya estado cero-positivo, por cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
  - **Cualquier enfermedad o síndrome directa o indirectamente causado por o vinculado con las infecciones citadas en el inciso anterior o el Virus y Síndrome a que éste numeral se refiere.**
17. **Si la Muerte Accidental o Pérdida Orgánica fuese a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
    - **Para la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.**

**La compañía no será responsable de acuerdo a esta Póliza respecto a lo siguiente:**

1. **Cualquier hospitalización derivada de enfermedades preexistentes y lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura o de su última rehabilitación.**
2. **Por actos delictivos intencionales en que participe directamente.**
3. **Si la hospitalización es consecuencia de su participación directa en: actos de guerra, guerra**

- extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
4. Cuando se encuentre realizando las actividades de: buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, paracaidismo, acrobacia, equitación, montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, carreras de caballos, deportes de invierno, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
  5. En accidentes que se originen por participar en: carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante; conducción o pasajero de motocicletas, motonetas y vehículos de motor similares en tierra o agua.
  6. En accidentes que ocurran al encontrarse a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.
  7. Si existe hospitalización por intento de suicidio, lesiones o alteraciones originadas por dicho intento o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
  8. Hospitalización como consecuencia de acciones por culpa grave del asegurado, como lo es encontrarse bajos los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
  9. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado estuviera en control de un vehículo cuando el nivel de alcohol en la sangre/orina exceda el nivel legalmente permitido.
  10. Si la hospitalización es derivada de inhalación de gases o humo o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, a menos que se demuestre que fue accidental.
  11. Si la hospitalización es debido a tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.
  12. En caso de que el Asegurado se encuentre habitualmente o con motivo de su actividad o género de vida en exposición o uso de explosivos, sustancias o material radiactivo, radiaciones de cualquier tipo, venenos, armas

de fuego, material biológico, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo o riesgo de altura inusuales, minas, excavaciones, cuevas o lugares subterráneos, embarcaderos, pozos de petróleo, canteras o andamios de más de 2 metros de altura, actividades de ingeniería marítima o naval.

13. Accidentes causados por radiación atómica.
14. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
15. Cualquier hospitalización que se realice después de 90 días de ocurrido el accidente.
16. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas directamente por lesiones provocadas por un accidente, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
17. Cualquier hospitalización causada por ataques epilépticos de cualquier naturaleza o cualquier enfermedad mental, nerviosa, senil, Alzheimer o desórdenes histéricos o tratamientos en hospitales psiquiátricos o albergues o centros de salud infantil.
18. Si la hospitalización es debido a tratamientos e intervenciones quirúrgicas para la infertilidad, esterilización y/o contracepción.
19. SIDA y VIH: Cualquier accidente que resulte o se relacione directamente con el Virus

de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:

- Cualquier infección que incluya estado cero-positivo, por cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
  - Cualquier enfermedad o síndrome directa o indirectamente causado por o vinculado con las infecciones citadas en el inciso anterior o el Virus y Síndrome a que éste numeral se refiere.
20. Cualquier hospitalización no recomendada por un médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un médico matriculado o bien realizada en clínicas en hidroterapia. Hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales.
  21. Por accidente a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
  22. Cualquier hospitalización que no rebase los primeros 2 días.
  23. No se cubre la indemnización diaria por hospitalización si el accidente ocurre en el extranjero o si el asegurado reside fuera del territorio Nacional.

## **CLAUSULAS GENERALES**

### **Beneficiario**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

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

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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.

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

**ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre beneficiarios a menores de edad, NO SE DEBE señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.**

### **Contrato**

Esta póliza, integrada por su carátula, las presentes Condiciones Generales, su solicitud de seguro y los endosos que se le agreguen, constituyen la prueba del Contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

### **Vigencia**

La vigencia de este Contrato inicia las 12:00 horas y finaliza a las 12:00 horas de las fechas indicadas al momento de la contratación de la póliza.

### **Omisiones e inexactas declaraciones**

El Contratante o Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía, para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

### **Modificaciones**

Las modificaciones a este Contrato de seguro serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Asegurado. Dichas modificaciones, si las hubiere, se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por la Compañía podrán cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

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 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

### **Disputabilidad**

Este Contrato será disputable por omisiones o inexactas declaraciones del Contratante o Asegurado, respecto de hechos relacionados con la apreciación del riesgo cubierto, durante un año continuo de su vigencia y en su caso, durante un año continuo siguientes a su rehabilitación.

### **Obligaciones del Contratante**

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

- a) Notificar a La Compañía por escrito y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, el ingreso a la Colectividad Asegurada, de nuevos integrantes, incluyendo los consentimientos respectivos, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, cuando el objeto del Contrato de Seguro sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b) Notificar a La Compañía por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes de la Colectividad Asegurada.
- c) Notificar a La Compañía por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
- d) Remitir a La Compañía 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.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o negligencia en el cumplimiento de las obligaciones antes indicadas a cargo del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

### **Alta de Asegurados**

“Las personas que ingresen 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 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 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

### **Baja de Asegurados**

“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 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 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

### Renovación

“La Aseguradora podrá renovar los contratos 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.” (Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

### Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de asegurados en este seguro, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad Asegurada;
- b) Suma asegurada o regla para determinarla;
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y plan de seguros de que se trate;
- e) Número de Certificado individual, y
- f) Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

### Agravación 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.

Una agravación del Riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta Póliza, si dicha agravación resulta esencial, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

De manera enunciativa más no limitativa, serán consideradas agravación en el riesgo las siguientes actividades:

Buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, paracaidismo, acrobacia, equitación, montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, carreras de caballos, deportes de invierno, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.

### Aviso de siniestro

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía.

El Asegurado o Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar el aviso del siniestro.

Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el párrafo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

En caso de que el aviso no se realice en el plazo determinado, por caso fortuito o de fuerza mayor, el Asegurado o el Beneficiario podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

### Comprobación del siniestro

Todas las indemnizaciones al amparo de esta póliza, deberán ser reclamadas con las formas que para tal efecto proporcione la Compañía.

En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen. Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que solicite la Compañía relativas a la realización del siniestro.

La compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas. La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Compañía practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta póliza y de la realización del evento, ya sea el asegurado o cualquier otro de los beneficiarios quien haya incurrido en las conductas descritas.

### Primas

El Contratante pagará la prima correspondiente a este contrato de seguro y ésta vencerá al inicio de vigencia del mismo.

El pago deberá efectuarlo el Contratante en el lugar donde se le expide la póliza contra entrega del recibo oficial expedido por la misma. Cuando así se pacte, el pago de la prima correspondiente se hará con cargo a la cuenta o tarjeta del Contratante, siempre y cuando exista saldo o línea de crédito disponible en la cuenta señalada.

El cobro de la prima se podrá realizar mediante cargos que efectuará la Compañía en la cuenta señalada por el Contratante. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima en el lugar donde se contrata el seguro, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará al cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos. Se entenderá como causas imputables al Contratante: la cancelación de su tarjeta, fondos insuficientes; cambio de número de su tarjeta, o cualquier situación similar.

La Compañía tendrá derecho a modificar la prima de la póliza de acuerdo con la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### Plazo para realizar el pago de la Prima.

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

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

### Cancelación

La presente póliza se podrá cancelar:

1. A petición del Contratante.- La póliza quedará cancelada si el Contratante lo solicita por escrito a la Compañía. La cancelación se hará efectiva a la fecha de solicitud de cancelación, donde la Compañía devolverá al Contratante el 49% de la prima neta pagada no devengada, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.
2. Automática.- La póliza quedará automáticamente cancelada si no se recibió el pago de la prima en el término acordado.
3. Si el Asegurado celebra varios contratos de seguro del mismo producto al que corresponde el presente contrato. El total de las sumas aseguradas contratadas por todos los seguros no podrá ser superior al Límite Máximo por Asegurado equivalente a \$2,000,000.00 (dos millones de pesos 00/100 M.N.)

En caso de que por cualquier causa el total de sumas aseguradas referidas resultare superior al Límite Máximo por Asegurado, se cancelará(n) los contratos de seguro más recientes hasta la totalidad de sumas aseguradas sea igual o inferior al Límite Máximo por Asegurado. En este evento no

procederá pago de indemnización por siniestro respecto de los contratos cancelados y el Asegurado o Beneficiario(s) sólo tendrán derecho al reembolso de las primas que se hubieran pagado respecto de los seguros que se cancelen.

4. Por Muerte del Asegurado que no derive directamente de un accidente.

### Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen.

### Indemnización

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda por la cobertura de muerte accidental. Las indemnizaciones que correspondan por las coberturas de indemnización diaria por hospitalización, pérdidas orgánicas, se pagarán directamente al Asegurado, siempre y cuando se encuentre con vida, en caso contrario se pagarán a los beneficiarios designados.

La Compañía pagará a la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

La documentación mínima que el asegurado deberá presentar para comprobación del siniestro será la siguiente:

### Muerte Accidental

- Asegurado
  - Formato Solicitud de Reclamación
  - Acta de Defunción original o copia certificada
  - Acta de Nacimiento original o copia certificada

- Póliza y Solicitud de Seguro original, si existiera o si la tuviera
- En caso de muerte accidental, Actuaciones del Ministerio Público (original o copia certificada): Averiguación previa incluyendo Inspección Ministerial de Lugar de los Hechos, Fe, Levantamiento e Identificación de Cadáver, Necropsia, Resultado de Estudios Químico – Toxicológicos, Declaración de Testigos con relación a los hechos, Dictamen de Criminalística, Resolución de la Averiguación Previa. En caso de Accidente Automovilístico, Reporte de Tránsito o de la Policía Federal Preventiva.
- Beneficiario
  - Acta de Nacimiento original o copia certificada

### Pérdidas Orgánicas

- Asegurado
  - Formato Solicitud de Reclamación
  - Acta de Nacimiento en original o copia certificada
  - Póliza y Solicitud de Seguro en original, si existiera o si la tuviera
  - Expediente médico completo sobre las Pérdidas Orgánicas (PO), en el que se indique fecha y tipo de accidente que diera origen a las PO, mecanismo y tipo de lesiones, fecha de las PO, procedimiento médico-quirúrgico, adjuntando fotografías, estudios y radiografías practicados al Asegurado.
  - En caso de accidente, Actuaciones del Ministerio Público (original o copia certificada): Aviso de Accidente, Reporte de Lesiones, Reporte de Ambulancia, Resultado de Estudios Químico – Toxicológicos, Dictamen de Criminalística o Mecánica de Hechos. En caso de



Accidente Automovilístico, Reporte de Tránsito o de la Policía Federal Preventiva.

### Indemnización Diaria por Hospitalización

- Asegurado
  - Formato Solicitud de Reclamación
  - Póliza y Solicitud de Seguro en original, si existiera o si la tuviera
  - Constancia oficial de hospitalización de tratamiento médico y/o quirúrgico, expedida por la Institución de Salud a través de la cual recibió atención el Asegurado, misma que debe contar con fecha-hora de ingreso y egreso, detallando fecha y tipo de accidente, mecanismo y tipo de lesiones, tipo de tratamiento y evolución, resultados de estudios realizados y datos de médico tratante. Este documento deberá estar sellado y membretado en original.
  - En caso de accidente, Actuaciones del Ministerio Público (original o copia certificada): Aviso de Accidente, Reporte de Lesiones, Reporte de Ambulancia, Resultado de Estudios Químico – Toxicológicos. En caso de Accidente Automovilístico, Reporte de Tránsito o de la Policía Federal Preventiva.

Identificación del Cliente (Asegurado, Dependientes Económicos y Beneficiario): Aplica para cada una de las Coberturas antes indicadas, por lo que, deberán presentar los siguientes documentos cotejados contra su original.

- Identificación Oficial vigente
- CURP
- Comprobante de Domicilio no mayor a 3 meses de vigencia

**Nota General:** La documentación antes detallada es enunciativa más no limitativa, reservándose la Compañía el derecho a solicitar mayor documentación, si así lo juzga conveniente, para emitir dictamen.

### Indemnización por Mora

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Se considerará que existe mora cuando, en caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

### Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

### 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.

Dichos plazos no correrán 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 Asegurado 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 Asegurados 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 Asegurado de Servicios Financieros.

### 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 diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

### Cláusula de entrega de Información

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

La Compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos u obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

Si el seguro se contrató a través de:	Su medio de entrega será:
1.- Internet	Vía Internet

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

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

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1.

Si el Asegurado o Contratante no recibe los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose del Distrito Federal y área Metropolitana al teléfono 52795858 o del Interior de la República Mexicana lada sin costo al teléfono 018002262668, donde le indicarán la forma de obtener la documentación de su seguro contratado.

Para cancelar la presente póliza el Asegurado y/o contratante, deberá comunicarse del Distrito Federal y área Metropolitana al teléfono

52795858 o del Interior de la República Mexicana lada sin costo al teléfono 018002262668, la Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Si la cancelación de la póliza no puede efectuarse vía telefónica, el Asegurado contratante recibirá información de los requisitos y/o documentos con los cuales deberá dirigirse a cualquier Sucursal de Banco Ve por Más para formalizar la cancelación, proporcionándole un número de folio.

En el supuesto de que la contratación se realice por medios electrónicos, la Compañía se sujetará a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

### **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.

## **SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO.**

### **Descripción de servicios Paquete Protección Real**

#### **Asistencia en Viajes:**

**Repatriación por Fallecimiento:** Si el Asegurado fallece estando de viaje, se realizarán todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de los gastos inherentes al traslado de sus restos mortuorios al sitio de inhumación o cremación indicado por el beneficiario, incluyendo los gastos inherentes al traslado desde el aeropuerto hasta el lugar de residencia del usuario.

Si el beneficiario decide que los restos mortuorios del Asegurado sean inhumados o cremados en el lugar donde se haya producido el deceso, el prestador de servicios se hará cargo de los gastos que resulten de dicha inhumación o cremación.

El límite máximo de responsabilidad a cargo de la asistencia será; el monto de los gastos de transporte de los restos mortuorios, así como los gastos legales en que se incurra por motivo del trámite o gestión correspondiente, considerando como tales: honorarios por la gestión e impuestos según aplique la legislación de la ciudad donde ocurra el deceso.

En caso de que la inhumación o cremación se realice en el lugar del deceso del usuario, el límite máximo de responsabilidad a cargo será el indicado en cobertura de Asistencia Funeraria con un monto hasta \$80,000 MXN.

**Regreso Anticipado al Domicilio:** Si durante un viaje el Asegurado fue hospitalizado y después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del personal médico de la Compañía no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el prestador de servicios organizará su traslado por avión de línea comercial.

## EXCLUSIONES DE ESTA ASISTENCIA

Sujeto a la legislación y normatividad de Servicios Locales de Emergencia. Quedan excluidas cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente, así como enfermedades mentales. No dan derecho a los Servicios de Asistencia: los viajes realizados para atender situaciones médicas o durante viajes superiores a 60 días naturales.

El transporte aéreo será únicamente en clase turista o económica en línea comercial.

Será indispensable que el usuario se ponga en contacto con la asistencia en el momento que requiera el servicio para recibir la orientación correspondiente. A falta de dichas notificaciones, La Compañía considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos incurridos. No aplica rescate ni reembolso.

Servicio sujeto a disponibilidad, términos y condiciones de los proveedores. Cuando el titular y/o beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia. Sujetos a las legislaciones locales.

Cuando por una acción intencional del beneficiario resulte la comisión de un delito. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta). También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa de: a) Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos,

manifestaciones, movimientos populares, radiactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor. b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos delictivos intencionales.

**Boleto Redondo para un Familiar por Convalecencia:** En caso de que el Asegurado llegara a ser hospitalizado durante un viaje y su estancia en el hospital fuese mayor a 5 días, el prestador de servicios pagará los gastos de un boleto redondo de un Familiar al lugar de hospitalización en el medio de transporte más idóneo. 1 evento, incluye boleto de avión clase turista.

**Hotel a Titular por Convalecencia:** Si durante un viaje el Asegurado fue hospitalizado, el prestador de servicios pagará los gastos necesarios para la prolongación de su estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico tratante y del personal médico de la Compañía. Este beneficio está limitado a \$1,500 MXN por cada noche de hospedaje, con un máximo total de 4 noches.

**Transmisión de Mensajes Urgentes:** El prestador de servicios se hará cargo de efectuar llamadas telefónicas y transmitir los mensajes urgentes relativos a la situación de emergencia en que se encuentre el Asegurado. Límite máximo de responsabilidad: Transmisión de mensajes derivados de una situación de emergencia. Sin límite de eventos.

## EXCLUSIONES DE ESTA ASISTENCIA

- a) Peticiones fuera del marco legal o ético.
- b) No se harán conferencias ni habrá transferencia de llamadas.
- c) Cuando el titular y/o beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia.

**Por ningún motivo la asistencia se prestará a peticiones fuera de la ley o cualquier tipo de información fraudulenta o ilícita que afecte la integridad del servicio.**

**Protección Infocard:** El Asegurado podrá registrar tarjetas bancarias; de modo que en caso de pérdida o robo, con una sola llamada, el prestador de servicios estará en posibilidades de enlazarlo con las compañías emisoras y/o instituciones gubernamentales para proceder con la cancelación de las tarjetas y/o el reporte de los documentos.

**Concierge:** A solicitud del Asegurado, el prestador de servicios coordinará la adquisición de boletos a espectáculos que sean de su interés y estén disponibles en la localidad en que se encuentre. El costo será pagado por el Asegurado. También se podrá asistir al Asegurado para crear planes de viajes vacacionales, se le proporcionará información sobre alertas de viaje, anuncios públicos, información consular, etc. Sin límite de eventos.

## EXCLUSIONES DE ESTA ASISTENCIA

- a) **El costo que se genere para la adquisición de los productos o servicios deberá de ser cubierto en su totalidad por el usuario.**
- b) **Por ningún motivo los Concierge se prestaran a peticiones fuera de la ley, quedan excluidas las peticiones como compra, monitoreo o cualquier tipo de información acerca de narcóticos, masajes eróticos, armas, o cualquier tipo de información fraudulenta o ilícita que afecte la integridad del servicio.**
- c) **Peticiones fuera del marco legal o ético**
- d) **La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los trabajos realizados, ni garantías ofrecidas por los proveedores.**

- e) **Servicio sujeto a disponibilidad, términos y condiciones de los proveedores.**
- f) **Cuando el titular y/o beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia.**
- g) **Servicio de referencias generales: el prestador de servicios no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las referidas compañías.**

### Asistencia Médica:

**Traslado Médico (Ambulancia Terrestre):** En caso de emergencia por lesión o enfermedad, se realizará el traslado médico en ambulancia terrestre al hospital más cercano o adecuado para el Asegurado.

**Médico General a Hotel:** El prestador de servicios facilitará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico general en las principales ciudades de la República Mexicana. Con un copago de \$200 MXN. 1 evento.

**Consulta Médica Telefónica:** El Asegurado podrá solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año el equipo médico del prestador de servicios, y se le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo. El prestador de servicios proporcionará previa solicitud del Asegurado, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el VADEMECUM. Sin límite de eventos. No se receta vía telefónica.

**Referencias Médicas:** Se proporcionará al Asegurado, referencias de médicos, clínicas y hospitales, laboratorios y toda clase de proveedores médicos en la República Mexicana. Sin límite de eventos, con costos preferenciales en las citas concertadas con especialistas.

**Asistencia Legal:**

**Asesoría Legal Telefónica:** Esta asistencia brinda orientación al Asegurado al solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año para realizar algún trámite, por tener algún problema en cualquier rama del derecho en el momento que lo necesite con sólo marcar a nuestro Call Center.

**Descripción de servicios Paquete Círculo Real****Asistencia en Viajes:**

**Repatriación por Fallecimiento:** Si el Asegurado fallece estando de viaje, se realizarán todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de los gastos inherentes al traslado de sus restos mortuorios al sitio de inhumación o cremación indicado por el beneficiario, incluyendo los gastos inherentes al traslado desde el aeropuerto hasta el lugar de residencia del usuario.

Si el beneficiario decide que los restos mortuorios del usuario sean inhumados o cremados en el lugar donde se haya producido el deceso, la asistencia se hará cargo de los gastos que resulten de dicha inhumación o cremación.

El límite máximo de responsabilidad a cargo de la asistencia será el monto de los gastos de transporte de los restos mortuorios, así como los gastos legales en que se incurra por motivo del trámite o gestión correspondiente, considerando como tales: honorarios por la gestión e impuestos según aplique la legislación de la ciudad donde ocurra el deceso.

En caso de que la inhumación o cremación se realice en el lugar del deceso del Asegurado, el límite máximo de responsabilidad a cargo será el indicado en cobertura de Asistencia Funeraria con un monto hasta \$100,000 MXN.

**Regreso Anticipado al Domicilio:** Si durante un viaje el Asegurado fue hospitalizado y después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del personal médico de la Compañía no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el prestador de servicios organizará su traslado por avión de línea comercial.

**EXCLUSIONES DE ESTA ASISTENCIA**

**Sujeto a la legislación y normatividad de Servicios Locales de Emergencia. Quedan excluidas cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente, así como enfermedades mentales. No dan derecho a los Servicios de Asistencia: los viajes realizados para atender situaciones médicas o durante viajes superiores a 60 días naturales.**

**El transporte aéreo será únicamente en clase turista o económica en línea comercial.**

**Será indispensable que el usuario se ponga en contacto con la asistencia en el momento que requiera el servicio para recibir la orientación correspondiente. A falta de dichas notificaciones, La Compañía considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos incurridos. No aplica rescate ni reembolso.**

**Servicio sujeto a disponibilidad, términos y condiciones de los proveedores. Cuando el titular y/o beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia. Sujetos a las legislaciones locales**

**Cuando por una acción intencional del beneficiario resulte la comisión de un delito. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta). También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa de: a) Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos,**

**manifestaciones, movimientos populares, radiactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor. b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos delictivos intencionales.**

**Boleto Redondo para un Familiar por Convalecencia:** En caso de que el Asegurado llegara a ser hospitalizado durante un viaje y su estancia en el hospital fuese mayor a 5 días, el prestador de servicios pagará los gastos de un boleto redondo de un Familiar al lugar de hospitalización en el medio de transporte más idóneo. Incluye boleto de avión clase turista.

**Hotel a Titular por Convalecencia:** Si durante un viaje el Asegurado fue hospitalizado, el prestador de servicios pagará los gastos necesarios para la prolongación de su estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico tratante y del personal médico de la Compañía. Este beneficio está limitado a \$2,000 MXN por cada noche de hospedaje, con un máximo total de 4 noches por evento.

**Transmisión de Mensajes Urgentes:** El prestador de servicios se hará cargo de efectuar llamadas telefónicas y transmitir los mensajes urgentes relativos a la situación de emergencia en que se encuentre el Asegurado. Límite máximo de responsabilidad: Transmisión de mensajes derivados de una situación de emergencia. Sin límite de eventos.

## EXCLUSIONES DE ESTA ASISTENCIA

- a) **Peticiones fuera del marco legal o ético.**
- b) **No se harán conferencias ni habrá transferencia de llamadas.**
- c) **Cuando el titular y/o beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia.**

**Por ningún motivo la asistencia se prestará a peticiones fuera de la ley o cualquier tipo de información fraudulenta o ilícita que afecte la integridad del servicio.**

**Protección Infocard:** El Asegurado podrá registrar tarjetas bancarias; de modo que en caso de pérdida o robo, con una sola llamada, el prestador de servicios estará en posibilidades de enlazarlo con las compañías emisoras y/o instituciones gubernamentales para proceder con la cancelación de las tarjetas y/o el reporte de los documentos.

**Concierge:** A solicitud del Asegurado se coordinará la adquisición de boletos a espectáculos que sean de su interés y estén disponibles en la localidad en que se encuentre. El costo será pagado por el Asegurado. También se podrá asistir al Asegurado para crear planes de viajes vacacionales, se le proporcionará información sobre alertas de viaje, anuncios públicos, información consular, etc. Sin límite de eventos.

## EXCLUSIONES DE ESTA ASISTENCIA

- a) **El costo que se genere para la adquisición de los productos o servicios deberá de ser cubierto en su totalidad por el usuario.**
- b) **Por ningún motivo los Concierge se prestaran a peticiones fuera de la ley, quedan excluidas las peticiones como compra, monitoreo o cualquier tipo de información acerca de narcóticos, masajes eróticos, armas, o cualquier tipo de información fraudulenta o ilícita que afecte la integridad del servicio.**
- c) **Peticiones fuera del marco legal o ético**
- d) **La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los trabajos realizados, ni garantías ofrecidas por los proveedores.**

- e) **Servicio sujeto a disponibilidad, términos y condiciones de los proveedores.**
- f) **Cuando el titular y/o beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia.**
- g) **Servicio de referencias generales: El prestador de servicios no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las referidas compañías.**

#### **Asistencia Médica:**

**Traslado Médico (Ambulancia Terrestre):** En caso de emergencia por lesión o enfermedad, se realizará el traslado médico en ambulancia terrestre al hospital más cercano o adecuado para el Asegurado.

**Médico General a Hotel:** El prestador de servicios facilitará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico general en las principales ciudades de la República Mexicana.

**Consulta Médica Telefónica:** El Asegurado podrá solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año el equipo médico del prestador de servicios, y se le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo. El prestador de servicios proporcionará, previa solicitud del Asegurado, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el VADEMECUM. Sin límite de eventos. No se receta vía telefónica.

**Referencias Médicas:** Se proporcionará al Asegurado, referencias de médicos, clínicas y hospitales, laboratorios y toda clase de proveedores médicos en la República Mexicana. Sin límite de eventos, con costos preferenciales en las citas concertadas con especialistas.

#### **Asistencia Legal:**

Asesoría Legal Telefónica: Esta asistencia brinda orientación al Asegurado al solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año para realizar algún trámite, por tener algún problema en cualquier rama del derecho en el momento que lo necesite con sólo marcar a nuestro Call Center del prestador de servicios. Sin límite de eventos.

**Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico [aclaraciones.une@segurosvepormas.com](mailto:aclaraciones.une@segurosvepormas.com), o visite [vepormas.com](http://vepormas.com); o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://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 26 de enero de 2016, con el número CNSF-S0016-0522-2015.**



## ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES

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

### LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

**Artículo 53.-** Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que

también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguro y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de

los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

## LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

**Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; 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 26 de enero de 2016, con el número CNSF-S0016-0522-2015.**

