



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0078-2016. 20 de enero de 2016

Seguro de Vida Grupo
Experiencia Global
sin Dividendos

Seguros **BX+**



Condiciones Generales

**Seguro de Vida
Grupo Experiencia
Global sin
Dividendos**

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).

ÍNDICE**DEFINICIONES****10**

Accidente	10
Asegurado	10
Beneficiario	10
Carátula de la Póliza	10
Certificado Individual	10
Contratante	11
Endoso	11
La Aseguradora	11
Período de Gracia	11
Grupo Asegurable	11
Póliza o Contrato de Seguro	11
Prima	11
Reclamación	12
Reconocimiento de Antigüedad	12
Registro de Asegurados	12
Renovación	12
Siniestro	12
Suma Asegurada	12

COBERTURA BÁSICA**13**

Cobertura por Fallecimiento	13
• Beneficio	13
• Indemnización	13

EXCLUSIONES GENERALES**15****COBERTURAS ADICIONALES****16**

Cobertura por Muerte Accidental	16
• Beneficio	16
• Indemnización	16
• Límites de edad	16
• Exclusiones particulares	17
Cobertura por Muerte Accidental y/o Pérdida de Miembros	19
• Beneficio	19
• Indemnización	21
• Límites de edad	22
• Exclusiones particulares	22
Cobertura por Muerte Accidental Colectiva y/o Pérdida de Miembros en Accidente Colectivo	24
• Beneficio	24
• Indemnización	27
• Límites de edad	28

• Exclusiones particulares	28	• Indemnización	48
Cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente	30	• Límites de edad	49
• Beneficio	30	• Exclusiones particulares	49
• Indemnización	32	Cobertura de Gastos Funerarios del Cónyuge	50
• Límites de edad	33	• Beneficio	50
• Exclusiones particulares	33	• Indemnización	50
Cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	35	• Exclusiones particulares	51
• Beneficio	35	Cobertura de Gastos Funerarios de los Padres	51
• Exención	37	• Beneficio	52
• Límites de edad	37	• Indemnización	52
• Exclusiones particulares	38	• Exclusiones particulares	53
Cobertura de Pago de Suma Asegurada por Enfermedad Grave	40	CLÁUSULAS GENERALES	54
• Condiciones particulares de cobertura	42	Objeto del Seguro	54
• Exclusiones particulares	44	Vigencia de la Póliza	54
Cobertura de Gastos Funerarios del Asegurado	47	Vigencia del Certificado Individual	54
• Beneficio	47	Renovación	54
• Indemnización	47	Cancelación, terminación o rescisión	55
• Exclusiones particulares	47	Cambio de Contratante	56
Cobertura de Gastos Funerarios de los Hijos	48	Beneficiarios	56
• Beneficio	48	Edad	58
		Límites de Edad	59

Movimientos de Asegurados ⁵⁹		Suma Asegurada	70
Altas ⁵⁹		Obligaciones del Contratante	70
Bajas	60	Entrega de Documentación Contractual	72
Derechos al separarse del Grupo Asegurable	60	Preceptos Legales	73
Notificaciones y/o Comunicaciones	61	Anexo cita de Preceptos Legales	75
Modificaciones	61		
Rectificaciones	61		
Omisiones o inexactas declaraciones	61		
Disputabilidad	62		
Prima	62		
Plazo para realizar el pago de la Prima	62		
Pago de la Prima	63		
Forma de pago de la Prima	63		
Aviso y comprobación de siniestros	64		
Pago de indemnizaciones por siniestros	64		
Moneda	64		
Indemnización por mora	65		
Comisiones	68		
Prescripción	68		
Competencia	69		
Carencia de restricciones	69		

DEFINICIONES

ACCIDENTE

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

No se considerará Accidente las lesiones corporales o la muerte que intencionalmente se provoque el Asegurado.

ASEGURADO

Es la Persona Física que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por La Aseguradora y que se encuentra expuesta a cualquier Riesgo amparado por la Póliza, cuyo nombre aparece en el Certificado correspondiente.

BENEFICIARIO

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

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre y domicilio del Contratante, número de Póliza, características del Grupo Asegurable, Suma Asegurada total del Grupo Asegurable, periodicidad de pago de Prima pactada, importe de la Prima, fecha de inicio y fin de vigencia de la Póliza.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento en el cual se establecen, entre otros, los siguientes datos: el nombre del Contratante, número de Póliza, número de Certificado, nombre y fecha de nacimiento del Asegurado, Coberturas Contratadas, Suma Asegurada de cada uno de éstos o reglas para determinarlas, fecha de inicio y fin de vigencia de la Póliza y del Certificado, nombre de los Beneficiarios.

CONTRATANTE

Es la Persona Física o Moral que, en virtud de su relación con los miembros del Grupo Asegurable, ha solicitado la celebración de la Póliza o Contrato de Seguro para sí y/o terceras personas, y es el responsable ante La Aseguradora del pago de las Primas.

ENDOSO

Documento que modifica y/o adiciona cualquier documento que forme parte de la Póliza o el Contrato de Seguro.

LA ASEGURADORA

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

PERÍODO DE GRACIA

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

GRUPO ASEGURABLE

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

PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO

Es el documento que se integra por las Condiciones Generales, Certificados de Seguro, los consentimientos, Endosos, Carátula, registro de Asegurados y demás documentos utilizados en la contratación del Seguro.

PRIMA

Es la contraprestación prevista en la Póliza a cargo del Contratante a favor de La Aseguradora, por la protección contenida en las Coberturas Contratadas.

RECLAMACIÓN

Es el trámite administrativo que efectúa el Asegurado o sus Beneficiarios ante La Aseguradora, para obtener el pago de la indemnización prevista en la Póliza, como consecuencia de la realización de un Siniestro.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una Póliza de Seguro de Vida Grupo.

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Aseguradora llevará un registro de los Asegurados en el que consten, por lo menos, los siguientes datos: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros del Grupo Asegurable; Suma Asegurada o regla para determinarla; fecha en que entran en vigor los Seguros para cada Asegurado; fecha de terminación de los Seguros para cada Asegurado; operación y plan de Seguros de que se trate; números de los Certificados individuales correspondientes y las Coberturas amparadas de cada Asegurado.

RENOVACIÓN

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

SINIESTRO

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

SUMA ASEGURADA

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

COBERTURA BÁSICA

COBERTURA POR FALLECIMIENTO

• BENEFICIO

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado gozará de la Cobertura por Fallecimiento, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura se produce el Fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual de cada Asegurado.

• INDEMNIZACIÓN

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

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

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.

Del Asegurado:

- b) Certificado Individual del Seguro de Grupo.
- c) Copia certificada de:
 - a. Acta de Defunción
 - b. Acta de Nacimiento
 - c. En caso de Muerte Accidental, las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde

conste la relación de hechos y entre otras diligencias: informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del Accidente y de ser el caso, Certificado de autopsia o necropsia.

- d) Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
- e) Copia simple del comprobante del último pago de salario o sueldo, en caso de que la Suma Asegurada esté en función de éstos.

Del(los) Beneficiario(s):

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

EXCLUSIONES GENERALES.

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

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

En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima Neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

Las Coberturas siguientes serán de contratación adicional, en cuyo caso, este hecho deberá hacerse constar necesariamente en el Certificado individual correspondiente.

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL

• Beneficio

Si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del mismo, durante la vigencia de esta Cobertura, La Aseguradora pagará la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que se indicará en el Certificado individual correspondiente, la cual será adicional e independiente a cualquier Cobertura que ampare al Asegurado.

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada de este beneficio de la siguiente forma:

La indemnización se pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez.

• Indemnización

La indemnización establecida en esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual el Seguro de Vida Grupo Experiencia Global sin Dividendos acredite el Fallecimiento accidental del Asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado individual correspondiente.

Para tal efecto, se deberá entregar a La Aseguradora la misma documentación que se solicita en la Cobertura Básica por Fallecimiento, con la salvedad de que las actuaciones del Ministerio Público (inciso c)) serán obligatorias.

• Límites de edad

Esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 69 años.

• Exclusiones particulares.

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

- a) **Infecciones, Enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental.**
- b) **Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- c) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- d) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.**
- e) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f) **La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.**
- g) **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.**
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- k) Padecimientos mentales o corporales.**
- l) Abortos que no hayan ocurrido de forma accidental.**
- m) Radiaciones ionizantes.**
- n) Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- p) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

q) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS

• Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, los Asegurados que cuenten con esta Cobertura gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de la Póliza se contrata esta Cobertura adicional y al ocurrir un Accidente o a consecuencia de él, se produce la Pérdida de miembros y/o el Fallecimiento del Asegurado dentro de los siguientes noventa días naturales a la fecha en que se suscitó el mismo, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza para el caso de muerte accidental y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual del Asegurado.

Esta Suma Asegurada será adicional a la que corresponda por la Cobertura por Fallecimiento, deduciendo en su caso, el importe que al efecto se hubiere cubierto con motivo de las indemnizaciones que se hubieren realizado por la Pérdida de miembros.

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura el Asegurado sufriera uno o más accidentes que le ocasionaren la Pérdida de miembros, La Aseguradora pagará a éste, con sujeción a lo estipulado en la Póliza, las indemnizaciones acumuladas, mismas que en ningún caso, excederán de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura. Si por algún motivo, la suma de los porcentajes derivados de la ocurrencia de varios accidentes rebasara el cien por ciento de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente hasta el límite del cien por ciento mencionado.

Para los efectos de esta Cobertura se entenderá por Pérdida de miembros las siguientes:

Pérdida de una mano: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de él.

Pérdida de un dedo: Su separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.

Pérdida de la vista de un ojo: La Pérdida completa y definitiva de la visión.

Pérdida de la audición total: La Pérdida completa y definitiva de la función auditiva de ambos oídos.

En el caso de Pérdida de miembros, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las siguientes escalas, de las cuales, sólo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras “A” o “B”, haciéndose constar la elegida en el Certificado individual correspondiente.

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
Por la pérdida de:	Escala “A”	Escala “B”
La vida	100%	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano		30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano		25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano		25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano		20%

El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique		5%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Sordera completa de los oídos		25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm		15%

• Indemnización

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la Pérdida de miembros y/o el Fallecimiento accidental respectivamente del Asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado individual correspondiente.

En caso de muerte accidental, se deberá entregar a La Aseguradora la misma documentación que se solicita en la Cobertura Adicional por Muerte Accidental.

En caso de Pérdida de Miembros se deberá presentar a La Aseguradora la documentación siguiente:

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.
- b) Certificado Individual del Seguro.
- c) Dictamen del médico tratante.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.

- f) Comprobante del último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la Suma Asegurada esté en función de éstos.
- g) En su caso, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales si los hubo, parte del Accidente.

• **Límites de edad**

Esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 69 años.

• **Exclusiones particulares.**

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte y/o la Pérdida de miembros se origine como consecuencia de:

- a) **Infecciones, Enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental.**
- b) **Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- c) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- d) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.**
- e) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como:**

aerotaxis o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).

- g) **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.**

- j) **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- k) **Padecimientos mentales o corporales.**
- l) **Abortos que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- m) **Radiaciones ionizantes.**
- n) **Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- p) **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- q) **Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS EN ACCIDENTE COLECTIVO

• Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, los Asegurados que cuenten con esta Cobertura gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de la Póliza se contrata esta Cobertura Adicional y al ocurrir un Accidente colectivo, o a consecuencia de él, se produce la Pérdida de miembros y/o el Fallecimiento del Asegurado dentro de los siguientes noventa días naturales a la fecha en que se suscitó el mismo, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza, para el caso de muerte accidental colectiva y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual del Asegurado. Esta Suma Asegurada será adicional a la que corresponda por la Cobertura por Fallecimiento, deduciendo en su caso el importe que al efecto se hubiera cubierto con motivo de las indemnizaciones que se hubieren realizado por la Pérdida de miembros por Accidente colectivo.

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura el Asegurado sufriera uno o más accidentes colectivos que le ocasionaren la Pérdida de miembros, La Aseguradora pagará a éste, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza, las indemnizaciones acumuladas, mismas que en ningún caso excederán de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura. Si por algún motivo la suma de los porcentajes derivados de la ocurrencia de varios accidentes rebasara el cien por ciento de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente hasta el límite del cien por ciento mencionado.

Para los efectos de esta Cobertura se entenderá por Pérdida de miembros las siguientes:

Pérdida de una mano: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de él.

Pérdida de un dedo: Su separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.

Pérdida de la vista de un ojo: La Pérdida completa y definitiva de la visión.

Pérdida de la audición total: La Pérdida completa y definitiva de la función auditiva de ambos oídos.

Para que la muerte y/o Pérdida de miembros que se amparan en la presente Cobertura puedan ser consideradas como consecuencia de un Accidente colectivo, éstas deberán de ocurrir bajo cualquiera de los supuestos que se enuncian a continuación:

1. Que se tuviere en un vehículo público en el cual viajare el Asegurado como pasajero, con un boleto pagado y sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros, sujeta a itinerario regular, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transportes públicos o,
2. Que se tuviere en un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el Asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas o,
3. A causa del incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el Asegurado al manifestarse el incendio.

En el caso de Pérdida de miembros por Accidente colectivo, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las siguientes escalas de las cuales, sólo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras "A" o "B", haciéndose constar la elegida en el Certificado individual correspondiente.

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
Por la pérdida de:	Escala "A"	Escala "B"
La vida	100%	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%

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

• Indemnización

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la Pérdida de miembros por Accidente colectivo y/o el Fallecimiento a consecuencia de un Accidente colectivo, sufrido por el Asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado individual correspondiente.

En caso de muerte accidental colectiva, se deberá entregar a La Aseguradora la misma documentación que se solicita en la Cobertura Adicional por Muerte Accidental.

En caso de Pérdida de miembros por Accidente colectivo se deberá presentar a La Aseguradora la misma documentación que se solicita en la Cobertura Adicional por Muerte Accidental y/o Pérdida de Miembros en lo que corresponde a la indemnización de Pérdida de miembros.

• **Límites de edad**

Esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 69 años.

• **Exclusiones particulares.**

La indemnización correspondiente no se concederá cuando el Accidente que produzca el Fallecimiento y/o la Pérdida de miembros no haya ocurrido bajo los supuestos que se establecen en los incisos 1, 2 o 3 de esta Cobertura, así como por derivarse a consecuencia de las exclusiones que se establecen a continuación:

- a) Infecciones, Enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental.
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.
- c) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- d) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular,

en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).

- g) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.

- k) Padecimientos mentales o corporales.**
- l) Abortos que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- m) Radiaciones ionizantes.**
- n) Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- p) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- q) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

COBERTURA DE PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

• Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, los Asegurados que cuenten con esta Cobertura gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de la Póliza se contrata esta Cobertura Adicional y se produce la invalidez total y permanente del Asegurado que lo haga causar baja del Grupo Asegurable, La Aseguradora pagará al mismo

con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual del Asegurado. Esta Suma Asegurada será adicional a la que corresponda por la Cobertura por Fallecimiento.

Se entenderá por invalidez total y permanente cuando el Asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una Enfermedad o Accidente según el artículo 119 de la Ley del Seguro Social y 118 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Lo anterior aplica cuando los Asegurados coticen para alguna de las dos instituciones antes mencionadas.

En caso de que los miembros del Grupo Asegurable o una fracción de éste no coticen para el IMSS o el ISSSTE, se entenderá por invalidez total y permanente la incapacidad total permanente definida en el artículo 145 de la Ley Federal del Trabajo como: “la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del Riesgo que la haya producido.”

Esta Cobertura tendrá un período de espera de 90 días naturales contados a partir de la fecha de dictaminación de la invalidez total y permanente.

El período de espera mencionado en el párrafo anterior, deberá entenderse como el tiempo mínimo continuo que el Asegurado debe permanecer en estado de invalidez total y permanente.

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

Para los efectos de esta Cobertura se entenderá por Pérdida de miembros las siguientes:

Pérdida de una mano: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de él.

Pérdida de la vista de un ojo: La Pérdida completa y definitiva de la visión.

• Indemnización

La indemnización establecida en esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la invalidez total y permanente del Asegurado, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado individual correspondiente. En todo caso, el dictamen de invalidez total y permanente correspondiente deberá ser emitido por el IMSS o el ISSSTE, y en caso de que el Asegurado no cotice al IMSS o al ISSSTE se deberá presentar un dictamen emitido por un profesionista médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión, Certificado en Medicina del Trabajo y deberá acompañarse de todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente.

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

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.
- b) Certificado individual del Seguro.
- c) Dictamen de invalidez total y permanente.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.
- f) Comprobante del último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la Suma Asegurada esté en función de éstos.

• Límites de edad

Esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 64 años.

• Exclusiones particulares.

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

- a) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- b) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- d) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir,**

con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).

- e) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.
- h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellos padecimientos cuyos síntomas o signos se hubieren manifestado antes del inicio de la vigencia de esta Póliza, o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico o se haya generado un gasto.

Entendiéndose para efectos de esta exclusión por:

Síntomas: a las referencias que da un Asegurado o médico tratante, por la percepción o cambio

que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico.

Signos: a las manifestaciones visibles de una Enfermedad o padecimiento constatadas por un médico tratante.

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

COBERTURA DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

• Beneficio

Durante la vigencia de la Póliza, los Asegurados que cuenten con esta Cobertura gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Si dentro de la vigencia de la Póliza se contrata esta Cobertura Adicional

y se produce la invalidez total y permanente del Asegurado que lo haga causar baja del Grupo Asegurable, La Aseguradora conviene en eximir al Asegurado en cuestión de forma vitalicia, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente, del pago de las Primas por la Cobertura de Fallecimiento mediante la expedición a ese Asegurado de una Póliza de Seguro de ordinario de vida, sin contemplar Cobertura Adicional alguna. Esta Cobertura aparecerá en el Certificado individual del Asegurado.

Se entenderá por invalidez total y permanente cuando el Asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una Enfermedad o Accidente según el artículo 119 de la Ley del Seguro Social y 118 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Lo anterior aplica cuando los Asegurados coticen para alguna de las dos instituciones antes mencionadas.

En caso de que los miembros del Grupo Asegurable o una fracción de éste no coticen para el IMSS o el ISSSTE, se entenderá por invalidez total y permanente la incapacidad total permanente definida en el artículo 145 de la Ley Federal del Trabajo como: “la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del Riesgo que la haya producido.”

Esta Cobertura tendrá un período de espera de 90 días naturales contados a partir de la fecha de dictaminación de la invalidez total y permanente.

El período de espera mencionado en el párrafo anterior, deberá entenderse como el tiempo mínimo continuo que el Asegurado debe permanecer en estado de invalidez total y permanente.

Se considerará también como invalidez total y permanente la Pérdida de miembros de: ambos ojos, ambas manos, ambos pies, una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no aplicará el período de espera.

Para los efectos de esta Cobertura se entenderá por Pérdida de miembros las siguientes:

Pérdida de una mano: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida de un pie: Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de él.

Pérdida de la Vista de un ojo: La Pérdida completa y definitiva de la visión.

• Exención

La exención establecida en esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la invalidez total y permanente del Asegurado, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado individual correspondiente. En todo caso, el dictamen de invalidez total y permanente correspondiente deberá ser emitido por el IMSS o el ISSSTE, y en caso de que el Asegurado no cotice al IMSS o al ISSSTE se deberá presentar un dictamen emitido por un profesional médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión, Certificado en Medicina del Trabajo y deberá acompañarse de todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente.

Para tal efecto, se deberá entregar a La Aseguradora la documentación requerida en la Cobertura Adicional de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.

En cualquier momento La Aseguradora podrá examinar al Asegurado o exigirle que compruebe, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales a partir del requerimiento, que su invalidez total y permanente continua. Si el Asegurado se negara a realizar dicha comprobación o cesa su condición objeto de invalidez total y permanente, terminará el beneficio de exención que ampara la presente Cobertura y por lo tanto, el Asegurado deberá realizar de inmediato el pago de las Primas correspondientes.

• **Límites de edad**

Esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 64 años.

• **Exclusiones particulares.**

La exención correspondiente no se concederá cuando la invalidez total y permanente se origine como consecuencia de:

- a) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- b) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.
- c) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios

previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.).

- e) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel.
- h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellos padecimientos cuyos síntomas o signos se hubieren manifestado antes del inicio de la vigencia de esta Póliza, o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico o se haya generado un gasto.
- i) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- j) Radiaciones ionizantes.

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

COBERTURA DE PAGO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD GRAVE

Durante la vigencia de la Póliza, los Asegurados que cuenten con esta Cobertura gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Si durante la vigencia de esta Cobertura y una vez transcurrido el período de espera que se indica más adelante, al Asegurado se le diagnostica o dictamina alguna de las Enfermedades Graves señaladas en el siguiente párrafo, La Aseguradora pagará la Suma Asegurada estipulada para este beneficio en el Certificado individual respectivo.

Se considerará Enfermedad Grave, cuando el Asegurado se vea afectado por alguno de los siguientes padecimientos que ponen en peligro su vida:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardíaco): Necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área y que ocurre por primera vez. El diagnóstico debe incluir evidencia de los síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo, los cuales son:

- Historia del dolor torácico típico

- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub- agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

Cirugía Coronaria: Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende:

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales
- Implantación de la arteria mamaria interna

El diagnóstico debe incluir la evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen.

Infarto y/o Hemorragia Cerebral: Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o centro del espacio sub-aracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas. El diagnóstico debe incluir la evidencia del daño neurológico permanente que deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 2 meses después del suceso, junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angioresonancia.

Neoplasia Maligna (Cáncer): La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia, excepto la leucemia linfocítica crónica, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin; caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplástica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológico, endoscopía, radiología u otro método de imagen. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal con Necesidades de Diálisis Renal:

La etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hacen necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal. Para efectos de esta Cobertura, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis. El diagnóstico debe incluir historia de Enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesaria diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

Parálisis de las Extremidades: Pérdida total y permanente, producida por Accidente o Enfermedad, del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores o superiores) debido a parálisis, sea por Accidente o Enfermedad.

Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos extremidades debido a parálisis. El diagnóstico debe incluir evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma.

Trasplante de un Órgano Vital: Es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador. El trasplante debe tener una indicación médica, que deberá estar basada en la historia de Enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado. Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

• Condiciones particulares de cobertura

1. Para reclamar esta Cobertura, se deberá entregar a La Aseguradora la documentación siguiente:
 - a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.

- b) Certificado Individual del Seguro, si existiera o si lo tuviera.
- c) Acta de nacimiento del Asegurado.
- d) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.
- e) Dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen. La Aseguradora, a su costa, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, La Aseguradora quedará liberada de la Responsabilidad que le impone esta Cláusula. Asimismo, se deberá presentar el acta de nacimiento del Asegurado.

2. Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de La Aseguradora, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - a. En el momento en que La Aseguradora efectúe el pago de la Suma Asegurada por la primera ocurrencia de cualquiera de las Enfermedades graves amparadas.
 - b. Al final del aniversario de este beneficio en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.
 - c. En caso de Fallecimiento del Asegurado.
 - d. Si el Asegurado no contrae ninguna Enfermedad grave de las indicadas, al término del plazo del Seguro contratado, la Cobertura concluirá sin obligación para La Aseguradora.
3. La edad de aceptación para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 64 años, con renovación automática hasta los 64 años.

4. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, La Aseguradora no podrá rescindir esta Cobertura, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por La Aseguradora, y en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática de la Cobertura existente a la fecha de su rescisión.

• **Exclusiones particulares.**

1. **Se excluye cualquier Enfermedad grave que existiera antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado al que se adhiere esta Cobertura Adicional.**
2. **Para la Enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:**
 - a. **Angioplastia coronaria transluminal percutánea**
 - b. **Trombosis mediante cateterismo coronario**
 - c. **El tratamiento por láser o cualquier otro padecimiento no operatorio**
3. **Para la Enfermedad grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:**
 - a. **Los síntomas cerebrales de síndrome neurológico de migraña, isquemia transitoria, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la Enfermedad vascular que afecte al ojo o nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.**

4. **Para la Enfermedad grave de neoplasia maligna (cáncer) queda excluido:**

- a. **Neoplasia de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.**
- b. **Carcinoma “in situ” (por ejemplo de cérvico uterino, vejiga, pólipos de recto y colon), también cualquier tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- c. **Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2, NIC-3).**

Los cuales son:

NIC-1: Displasia Leve

NIC-2: Displasia Moderada

NIC-3: Displasia Severa Carcinoma “In Situ”

- d. **Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.**
- e. **Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.**
- f. **Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.**

- g. Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.

Dónde: Etapa T 1

Se encuentran células cancerosas en la biopsia pero no se nota nada en el tacto rectal.

Las etapas T 1 se pueden subclasificar en T 1 (a), T 1(b) y T 1 (c).

Las etapas T 1 (a) y T 1 (b) corresponden con tumores encontrados accidentalmente durante una resección transuretral de la próstata, que es una operación que se hace para disminuir los síntomas que se presentan cuando hay un agrandamiento de la próstata que se supone benigno.

La etapa T 1 indica que más del 95% del tejido extraído es benigno y menos de un 5% es maligno.

Se clasificará como T 1 (b) si más del 5% del tejido es maligno. Los cánceres en la etapa T 1 c se localizan porque se ha realizado una biopsia debido a que se ha detectado alguna anomalía en la prueba de sangre de determinación del antígeno prostático.

TNM: El sistema de estadiaje de neoplasias desarrollado por la AJCC (American Joint

Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra Cáncer).

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO

• Beneficio

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura se produce el Fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual de cada Asegurado.

• Indemnización

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

Para reclamar esta Cobertura, se deberá entregar a La Aseguradora la documentación solicitada en la Cobertura Básica por Fallecimiento.

• Exclusiones particulares

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

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

En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS DE LOS HIJOS

• Beneficio

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura se produce el Fallecimiento de alguno de los hijos, La Aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios al Asegurado con sujeción a lo estipulado en la Póliza y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual de cada Asegurado.

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

La Suma Asegurada para esta Cobertura, será la estipulada en el Certificado individual del Asegurado, que en ningún caso será superior a \$120,000.00 (ciento veinte mil pesos M.N).

• Indemnización

La indemnización establecida en esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del hijo, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado respectivo, en el entendido de que el Beneficiario será el Asegurado titular.

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

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.
- b) Certificado Individual del Seguro.
- c) Copia certificada del acta de defunción del hijo Fallecido.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.

- f) Acta de nacimiento del hijo Fallecido, en su caso.
- g) Identificación oficial con fotografía y firma del hijo Fallecido, en su caso.
- h) Comprobante del último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la Suma Asegurada esté en función de éstos.
- i) Si se trata de muerte accidental, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales si los hubo, parte del Accidente y, de ser el caso, Certificado de autopsia o necropsia.

• Límites de edad

Para los hijos la edad mínima de contratación es de cero años y la edad máxima es de 24 años.

Esta Cobertura terminará automáticamente para los hijos, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del hijo dependiente económico sea de 25 años.

• Exclusiones particulares.

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

Suicidio del hijo dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Dependiente Económico a la Póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.

En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima Neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE

• Beneficio

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura se produce el Fallecimiento del cónyuge, La Aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios al Asegurado con sujeción a lo estipulado en la Póliza y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual de cada Asegurado.

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

La Suma Asegurada para esta Cobertura, será la estipulada en el Certificado individual del Asegurado, que en ningún caso será superior a \$120,000.00 (ciento veinte mil pesos M.N).

• Indemnización

La indemnización establecida en esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el Fallecimiento del cónyuge, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado respectivo, en el entendido de que el Beneficiario será el Asegurado titular.

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

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.
- b) Certificado Individual del Seguro.
- c) Copia certificada del acta de defunción del cónyuge.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.

- e) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.
- f) Acta de nacimiento del cónyuge Fallecido, en su caso.
- g) Identificación oficial con fotografía y firma del cónyuge Fallecido, en su caso.
- h) Acta de matrimonio.
- i) Comprobante del último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la Suma Asegurada esté en función de éstos.
- j) Si se trata de muerte accidental, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales si los hubo, parte del Accidente y, de ser el caso, Certificado de autopsia o necropsia.

• Exclusiones particulares.

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

Suicidio del Dependiente Económico dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Dependiente Económico a la Póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo. En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS DE LOS PADRES

Para efectos de esta Cobertura, el padre y/o la madre incluidos en el Certificado individual del Asegurado, se les dará el carácter de Asegurado Adicional.

• Beneficio

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura se produce el Fallecimiento del Asegurado Adicional, La Aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios al Asegurado, con sujeción a lo estipulado en la Póliza y por una sola vez, la Suma Asegurada pactada para esta Cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado individual de cada Asegurado.

La Suma Asegurada para esta Cobertura, será la estipulada en el Certificado individual del Asegurado, que en ningún caso será superior a \$120,000.00 (ciento veinte mil pesos M.N).

• Indemnización

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el Fallecimiento del Asegurado Adicional, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado individual correspondiente, en el entendido de que el Beneficiario será el Asegurado titular.

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

- a) Solicitud de Reclamación del Seguro de Vida Grupo debidamente requisitada.
- b) Certificado Individual del Seguro.
- c) Copia certificada del acta de defunción del Asegurado Adicional Fallecido.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.
- f) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado Adicional Fallecido.

- g) Comprobante del último pago de salario o sueldo del Asegurado, en caso de que la Suma Asegurada esté en función de éstos.
- h) Si se trata de muerte accidental, copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos y, entre otras diligencias: informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del Accidente y, de ser el caso, Certificado de autopsia o necropsia.

• Exclusiones particulares.

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

Suicidio del Asegurado Adicional dentro de los dos primeros años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado Adicional a la Póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo. En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

CLÁUSULAS GENERALES

OBJETO DEL SEGURO.

La Aseguradora emite la presente Póliza, a efecto de brindar protección a las personas que hayan otorgado su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurable, por el Riesgo de la Cobertura básica y, en su caso, por los Riesgos Adicionales que se contraten, protección que se otorgará a partir de la fecha de inicio de vigencia consignado en el Certificado individual o cualquier otro documento convenido.

El límite de las obligaciones de La Aseguradora será exclusivamente dentro de los Términos y Condiciones estipulados en esta Póliza, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Periodo de validez del Contrato de Seguro que se indica en la Carátula de la Póliza, siempre que la Prima vencida sea pagada dentro del Período convenido.

Cabe señalar que dicho período de vigencia no podrá ser mayor a un año.

VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

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

RENOVACIÓN.

La Aseguradora podrá renovar el Contrato de Seguro de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante Endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” en la fecha de vencimiento del Contrato. Cada renovación se registrará de acuerdo a las Primas de tarifa, condiciones y demás documentación contractual que La Aseguradora

tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas al momento de la expedición de la nueva Póliza.

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.

CANCELACIÓN, TERMINACIÓN O RESCISIÓN.

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

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

Si el Contratante decide dar por terminado el Contrato, La Aseguradora devolverá la Prima Neta Pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya suscitado ningún Siniestro durante la vigencia transcurrida.

- b) En caso de baja o separación definitiva de los Asegurados del Grupo Asegurable que forma parte de la Póliza.
- c) La protección terminará para cada Asegurado de acuerdo a los límites de edad estipulados para cada Cobertura, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora.
- d) Esta Póliza será cancelada si el Contratante no paga a La Aseguradora el importe total de las Primas dentro del Período de Gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado período, sin necesidad de notificación o declaración judicial.

- e) Por rescisión del Contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la Póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CAMBIO DE CONTRATANTE

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

BENEFICIARIOS.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, los Asegurados podrán hacer su designación de Beneficiario(s) mediante notificación por escrito que, junto con el Certificado respectivo, deberá remitirse a La Aseguradora para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y La Aseguradora pague el importe del Seguro al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin Responsabilidad alguna para ella.

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

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de La Aseguradora la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato.

En cualquier momento, los Asegurados pueden renunciar al derecho que tienen para cambiar de Beneficiario, salvo por lo que hace al que hubieren designado con carácter de irrevocable. Para que

dicha renuncia surta sus efectos, ésta deberá hacerse constar en el Certificado respectivo, debiendo el Asegurado comunicarla por escrito al Beneficiario y a La Aseguradora.

Cuando no haya Beneficiario designado la Suma Asegurada se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

Cuando, habiendo varios Beneficiarios designados, alguno de ellos llegare a fallecer antes que el Asegurado sin que sea sustituido por algún otro, la porción correspondiente aumentará por partes iguales la de los demás, esto es, dicha parte se distribuirá proporcionalmente entre los Beneficiarios supervivientes.

“Advertencia:

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

EDAD.

Para los efectos de este Contrato, se considerará como edad del Asegurado, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del Seguro. La edad máxima será la estipulada en la Carátula de la Póliza.

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

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

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del Contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el Seguro se rescindiría para el Certificado individual correspondiente y se reintegrará al Contratante la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, La Aseguradora reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de La Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- d) Si después de ocurrido un Siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Aseguradora estará obligada a pagar la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las Primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la Póliza.

- e) En caso de que La Aseguradora ya hubiese pagado el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

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

LÍMITES DE EDAD.

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

Edad mínima: 15 años.

Edad máxima: 75 años.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS.**Altas**

Las personas que ingresen al Grupo Asegurable con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 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 Asegurable.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurable con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su consentimiento después de los 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, contados a partir de la fecha en que se hayan

cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

La Prima de estos nuevos miembros del Grupo Asegurable será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Bajas

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

DERECHOS AL SEPARARSE DEL GRUPO ASEGURABLE.

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

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurable deberá presentar su solicitud a La Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de La Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse.

La Prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a La Aseguradora la Prima que corresponda, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES.

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

Los requerimientos y/o comunicaciones que La Aseguradora deba hacer al Contratante, Asegurado o a sus Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca La Aseguradora.

MODIFICACIONES.

Las Condiciones de esta Póliza sólo se pueden modificar previo acuerdo del Contratante y La Aseguradora, que deberá constar por escrito mediante un Endoso que formará parte integral de la Póliza.

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

RECTIFICACIONES.

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

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Aseguradora, todos los hechos importantes para la Apreciación del Riesgo que puedan influir en las Condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a La Aseguradora para considerar rescindida de pleno derecho la Póliza

y/o el Certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

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

Tratándose de los Asegurados, esta Cláusula sólo será aplicable en aquellos casos en que el monto de su Suma Asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad.

DISPUTABILIDAD.

Este Seguro será disputable dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o Asegurado para la Apreciación del Riesgo.

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

Tratándose de los Asegurados, esta Cláusula sólo será aplicable en aquellos casos en que el monto de su Suma Asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad.

PRIMA.

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

La Prima total del Seguro será la suma de las Primas que correspondan a cada Asegurado de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la 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, contado a partir del inicio de

vigencia del recibo correspondiente, para entregar el importe del total de la Prima o la fracción pactada.

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la Prima no pagada.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un Siniestro, La Aseguradora podrá deducir del importe del Seguro, la Prima Total del Grupo Asegurable correspondiente a la Prima no pagada.

PAGO DE LA PRIMA.

El Contratante será el único responsable ante La Aseguradora del pago de la totalidad de la Prima. Si los miembros del Grupo Asegurable contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la porción de la Prima correspondiente.

Cuando un miembro del Grupo Asegurable no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Seguro a La Aseguradora.

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

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

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

La forma de pago estipulada para el Seguro se señala en la Carátula de la Póliza.

AVISO Y COMPROBACIÓN DE SINIESTROS.

Es obligación del Asegurado o Beneficiario presentar por escrito a La Aseguradora la reclamación en caso de haberse presentado un Siniestro que pueda ser motivo de indemnización.

Conforme al artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o Beneficiario gozará de un plazo máximo de 5 días para presentar el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del Siniestro.

PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTROS.

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

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, La Aseguradora pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, La Aseguradora, por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado.

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

MONEDA.

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

INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que La Aseguradora no cumpla con las obligaciones a su cargo en términos de la Póliza o del Certificado individual, estará obligada, aun cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir una indemnización por mora que se calculará conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora 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 establecido en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondiente deberá 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.”

COMISIONES.

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

PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. 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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“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”.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de La Aseguradora suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar (Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros), mientras que la sola presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento (Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros).

COMPETENCIA.

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este Contrato no se afectará por razones de cambio en residencia, viajes y género de vida de los Asegurados, posteriores a la contratación de la Póliza.

SUMA ASEGURADA.

La Suma Asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurable, por reglas que eviten la selección adversa a La Aseguradora.

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá una regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable y aparecerá en el Certificado individual correspondiente. Esta regla será de carácter no discriminatorio y podrá estar referida en una cantidad fija en pesos o en veces al salario de cada Asegurado. En aquellos casos en que dicha regla de Suma Asegurada se refiera al salario o sueldo de cada Asegurado, se entenderá salvo especificación en contrario, como el Salario Base no integrado por gratificaciones, percepciones, habitación, Primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

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

- a) El ingreso al Grupo de integrantes nuevos dentro de los 30 días naturales siguientes, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el Fallecimiento, así como la información señalada en la fracción VII del artículo 15 del “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” (Cuando el objeto del Contrato de Seguro de Grupo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante, deberá expresarse esta circunstancia en la Solicitud).

Artículo 15.- En los Contratos del Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá establecerse la obligación del Contratante de dar aviso o remitir información periódica a La Aseguradora respecto de lo siguiente, así como el procedimiento mediante el cual el Contratante cumplirá con dicha obligación:

- I. *El ingreso al Grupo o Colectividad de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el Fallecimiento, así como la información señalada en la fracción VII del artículo 10 de este Reglamento;*
- II. *La separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurado;*
- III. *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, y*
- IV. *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.*

- b) Comunicar a La Aseguradora las separaciones definitivas del Grupo Asegurable.
- c) Dar aviso a La Aseguradora de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del Riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas.

Las nuevas Sumas Aseguradas surtirán efectos desde la fecha de cambio de condiciones.

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

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

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 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.mx, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

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 20 de enero de 2016, con el número CNSF-S0016-0078-2016.

ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

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

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

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

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

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

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 seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no 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.

LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 119. Para los efectos de esta Ley existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales.

La declaración de invalidez deberá ser realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Artículo 118. Para los efectos de esta Ley, existe invalidez cuando el Trabajador activo haya quedado imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual, percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. La declaración de invalidez deberá ser realizada por el Instituto.

La Pensión por invalidez se otorgará a los Trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, si hubiesen contribuido con sus Cuotas al Instituto cuando menos durante cinco años. En el caso de que el dictamen respectivo determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez sólo se requerirá que hubiesen contribuido con sus Cuotas al Instituto cuando menos durante tres años.

El estado de invalidez da derecho al Trabajador, en los términos de esta Ley, al otorgamiento de:

- I. Pensión temporal, o
- II. Pensión definitiva.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Artículo 145.- Los créditos que se otorguen por el organismo que administre el Fondo Nacional de la Vivienda, estarán cubiertos por un seguro, para los casos de incapacidad total permanente o de muerte, que libere al trabajador o a sus beneficiarios de las obligaciones, gravámenes o limitaciones de dominio en favor del citado organismo, derivadas de esos créditos.

Para tales efectos, se entenderá por incapacidad total permanente la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido.

Tratándose de los casos de incapacidad parcial permanente, cuando ésta sea del 50% o más, o invalidez definitiva, se liberará al trabajador acreditado del adeudo, los gravámenes o limitaciones de dominio en favor del Instituto, siempre y cuando no sea sujeto de una nueva relación de trabajo por un período mínimo de dos años, lapso durante el cual gozará de una prórroga sin causa de intereses, para el pago de su crédito. La existencia de cualquiera de estos supuestos deberá comprobarse ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, dentro del mes siguiente a la fecha en que se determinen.

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 20 de enero de 2016, con el número CNSF-S0016-0078-2016”.

