

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
II. GENERALIDADES	3
III. VIGENCIA	6
IV. ADMINISTRACIÓN	7
V. PRIMAS	9
VI. COBERTURAS	11
VII. EXCLUSIONES	11
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	14
CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	15

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes
Personales

“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 abril de 2010, con el número CNSF-S0079-0805-2009/CONDUSEF-000661-03”.

I. DEFINICIONES**1. Institución**

BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México.

2. Contratante

Persona física o moral cuya propuesta sirve de base para la expedición de esta Póliza y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

3. Contrato

Esta Póliza, la solicitud y el registro de Asegurados anexo a la misma, los consentimientos y certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Institución, el cual sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del Contratante haciéndose constar mediante un endoso registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4. Colectividad asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezca a una misma empresa o que mantengan un vínculo de interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato del seguro.

5. Colectividad asegurada

El colectivo Asegurado es el conjunto de personas que, perteneciendo a la colectividad asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Institución, por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la Póliza, y han sido aceptados por la Institución.

II. GENERALIDADES**1. Rectificación de la Póliza**

En cumplimiento de las disposiciones del artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el artículo 25 del propio ordenamiento, que textualmente dice: "Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones". Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Modificaciones a la Póliza

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

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

3. Edad

La Institución no aceptará el ingreso a esta Póliza a miembros del Grupo Asegurable cuya edad sea mayor de setenta y cinco años o menor de dieciocho años.

La edad declarada por los Asegurados se deberá comprobar legalmente cuando así lo juzgue necesario la Institución. Una vez que el Asegurado haya hecho dicha comprobación, la Institución hará la anotación correspondiente en el Certificado Individual y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad para pagar el seguro.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Institución no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real al tiempo de celebración del contrato se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por esta; pero en este caso, se devolverá al Contratante el importe de la reserva matemática que corresponda al Certificado Individual en la fecha de su rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del contrato.
- b) Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si la inexactitud en la declaración de la edad es descubierta con posterioridad a la muerte del Asegurado pero antes de que sea pagada la suma asegurada, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha de celebración del contrato.

4. Disputabilidad

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme a la manifestación contenida en la solicitud base de esta Póliza, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

A partir del momento en que se cumplan dos años, contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o en su caso, desde la fecha en que hubiera sido rehabilitada, este contrato no podrá ser rescindido por causa de las omisiones o inexactas declaraciones.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la colectividad asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado.

5. Beneficiarios

Cada miembro de la colectividad debe y es el único que puede designar a sus beneficiarios, dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su consentimiento individual.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro de la colectividad puede cambiar el beneficiario o los beneficiarios designados, mediante solicitud por escrito, que juntamente con el certificado individual respectivo deberá remitir a la Institución para la anotación correspondiente, en el certificado individual, y una vez hecha la anotación, el certificado individual será devuelto al Asegurado por conducto del Contratante.

El Contratante podrá ser designado beneficiario únicamente cuando el objeto del seguro sea el pago de créditos concedidos por él mismo. En este caso, el importe del seguro para este no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Institución paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, esta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y este no hubiera hecho una nueva designación. Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

6. Cesión

Los derechos derivados de los certificados podrán ser transmitidos sólo mediante declaración hecha por el cedente y por el cesionario en el certificado respectivo, y notificación a la Institución por medio de una constancia suscrita por dichas partes. El Contratante sólo podrá ser cesionario de los derechos cuando el objetivo del seguro sea el de garantizar créditos que hubiese concedido.

7. Comprobación de la reclamación

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder y las que le solicite la Institución y esté en condiciones de obtener relativas al motivo de la reclamación.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión intencional de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este beneficio, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

8. Pago de la suma asegurada

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Institución la suma asegurada que corresponda conforme a las reglas establecidas en el contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado individual no concuerda con las bases para determinarla, la Institución pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando esas bases en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Institución, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado individual.

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

9. Extensión de la cobertura básica

En caso de que un Asegurado que tuviese contratado el beneficio adicional por Invalidez Total y Permanente llegara a fallecer después de transcurrir noventa días posteriores a la fecha del Accidente, la Institución pagará a los Beneficiarios la suma asegurada contratada para el beneficio de Invalidez.

10. Otros seguros

Para los casos en los que se tenga contratada la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente y de Indemnización Diaria por Hospitalización y Convalecencia Domiciliaria (I.D.A.) y las indemnizaciones amparadas por este beneficio estuvieran cubiertas en todo o en parte por otros seguros, el pago a cargo de la Institución se ajustará al límite de la suma asegurada y podrá repetir contra las demás aseguradoras, las que cubrirán proporcionalmente conforme a la ley, de tal suerte que la indemnización que reciba el Asegurado por todas las Pólizas no le represente a este ningún lucro o provecho ilícito.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes
Personales

11. Moneda

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Institución o por parte del Contratante, se harán en moneda nacional.

12. Domicilio

Queda expresamente establecido para todos los efectos legales de esta Póliza, que ambas partes quedan obligadas a comunicarse por escrito, dentro del término de cinco días, cualquier cambio que se opere en sus domicilios respectivos.

13. Competencia

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

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien esta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

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

14. Indemnización por mora

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación.

III. VIGENCIA

1. Fecha en que entran en vigor los seguros

Todas las personas que forman parte de la colectividad asegurable, o que tengan derecho a un aumento en la suma asegurada conforme a las bases consignadas en el numeral 3. Fijación de la suma asegurada, cláusula IV. ADMINISTRACIÓN, se considerarán como aseguradas por la suma que a cada uno le corresponda, siempre que el Contratante pague a la Institución los ajustes respectivos a que se refiere el numeral 1. Cálculo y ajuste de la prima, cláusula V. PRIMAS y de acuerdo con las reglas siguientes:

- a) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de la suma asegurada a la Institución, por conducto del Contratante, en o antes de la fecha en que tenga derecho a ingresar a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, quedará asegurada a partir de la fecha en que adquiera el mencionado derecho.

- b) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Institución, por conducto del Contratante, dentro de los treinta días posteriores a la fecha en que tenga derecho a ingresar a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, quedará asegurada a partir de la fecha de su consentimiento o de su solicitud.
- c) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Institución, por conducto del Contratante después de los treinta días de la fecha en que tuvo derecho a ingresar a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, deberá presentar, sin costo alguno para la Institución, pruebas de asegurabilidad. Si dichas pruebas son satisfactorias para la Institución, el seguro o el aumento entrará en vigor desde la fecha en que se acepten estas pruebas, mediante la inscripción en el registro respectivo.

2. Vigencia del contrato

Inicio: a las doce horas de la fecha de vigencia que aparece en la carátula de la Póliza.

Término: puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las doce horas de la fecha correspondiente.

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la carátula de la Póliza.
- b) Si los miembros de la colectividad asegurada pierden su calidad de colectividad asegurable, la Institución dará por cancelado el contrato mediante aviso con treinta días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo, devolviendo la prima no devengada al momento de la cancelación.
- c) A falta de pago de primas, la vigencia del contrato finaliza el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, la Institución no se obliga a notificar al Contratante la cancelación del contrato.
- d) El Contratante puede cancelar este contrato indicándolo por escrito a la Institución, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el documento. En este caso, la Institución se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella los gastos ocasionados por la adquisición del contrato.

3. Renovación

Conforme al artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, la Institución podrá renovar los contratos de seguros 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 en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

4. Cancelación de beneficios adicionales

Las coberturas para cada uno de los beneficios adicionales, excepto Gastos Médicos e Indemnización Diaria por Hospitalización, quedarán sin efecto en cualquier momento de la vigencia en que la Institución haya cubierto por uno o varios eventos el cien por ciento de la suma asegurada contratada para el beneficio de que se trate.

IV. ADMINISTRACIÓN

1. Certificados individuales

La Institución expedirá y enviará al Contratante, para que este los entregue a los Asegurados, certificados individuales que expresarán, entre otros datos, la fecha de inscripción de cada miembro del grupo en el registro de Asegurados, la suma asegurada que a cada uno corresponda, el beneficiario designado y una descripción de las coberturas y cláusulas principales que contiene la Póliza.

2. Registro de Asegurados

La Institución formará por duplicado un registro de Asegurados mediante esta Póliza, entregando un ejemplar, debidamente autorizado por la Institución, al Contratante del seguro, ya sea impreso o en medio magnético.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

El registro contendrá, entre otros datos, el nombre, la fecha de nacimiento, el género, el importe del seguro, la suma asegurada, coberturas amparadas y el número del certificado de cada uno de los Asegurados; las fechas en que entran en vigor los seguros y la fecha de cancelación de los mismos para cada Asegurado.

La Institución anotará, en el ejemplar del registro que conserve, las altas y bajas de los Asegurados reportados por el Contratante, enviándole a este una relación de altas y bajas ocurridas en el mes, relación que formará parte integrante del registro.

3. Fijación de la suma asegurada

La suma asegurada para cada miembro de la colectividad se determinará de acuerdo con la clasificación solicitada por el Contratante y aceptada por la Institución.

En caso de que antes de ocurrir un siniestro se descubriera que la suma asegurada de algún miembro de la colectividad inscrito en el registro es distinta de la que consta en el certificado correspondiente, la Institución, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, modificará en el registro la inscripción de la suma asegurada o sustituirá el certificado de acuerdo con las bases anteriormente establecidas.

4. Alta de Asegurados

Conforme al artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que ingresen al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser aseguradas 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 de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, 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 Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Al momento del ingreso de nuevos Asegurados al grupo, el Contratante deberá recabar el consentimiento individual respectivo para que lo entregue a la Institución.

5. Baja de Asegurados

Conforme al artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente del grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Institución 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.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Institución los nombres de las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones.

Las bajas de Asegurados serán inscritas por la Institución en el registro anexo a la Póliza.

6. Derecho de los Asegurados al separarse de la colectividad

Conforme al artículo 19 fracción II del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, la Institución podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

7. Sustitución del Contratante

De acuerdo al artículo 20 fracción II del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, para el caso de los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Institución reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este contrato.

8. Entrega de documentación contractual

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza los documentos en los que consten los Derechos y Obligaciones del Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el Seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que la Institución utilice para tal efecto.
3. Por internet, a través de "Buzón Electrónico" o cualquier otro medio que la Institución establezca e informe al Asegurado o Contratante; o mediante correo electrónico.

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1 y en el caso de los numerales 2 y 3 dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

La entrega de la documentación por internet, a través de "Buzón Electrónico", se hará por la Institución en los casos en que esta, previa solicitud del Asegurado o Contratante, le haya asignado una clave personal, cuyo uso en sustitución de la firma autógrafa en los términos del artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 91714000 ext. 97092 desde toda la república mexicana, a fin de que la Institución le informe cómo obtener los referidos documentos a través de la página de internet www.bbvaseguros.mx; asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico dirigiéndose a bbvaseguros.mx@bbva.com

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 91714000 ext. 97092 desde toda la república mexicana. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso.

V. PRIMAS**1. Cálculo y ajuste de la prima**

La prima en cada vencimiento será dada a conocer por la Institución, esta se basa en la actividad básica de la colectividad, la suma asegurada en vigor y la edad alcanzada para cada miembro.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Los ajustes que sea necesario efectuar a la prima con motivo de altas y bajas que ocurran durante la vigencia del seguro, se harán de la siguiente manera:

- a) En los casos de baja, se reembolsará al Contratante la parte de la prima a la cual no haya adquirido derecho la Institución, por haberse cancelado o reducido el seguro del miembro de la colectividad. La cantidad reembolsable en estos casos será la correspondiente al periodo que exista entre la fecha que se canceló el seguro y aquella hasta la cual la prima haya sido satisfecha.
- b) En los casos de altas que se contraten posteriormente a la fecha de esta Póliza, o de cualquier aumento en los seguros ya en vigor, se cobrará al Contratante una prima adicional, que se calculará a prorrata por el periodo que exista entre la fecha en que la alta o el aumento empezó a surtir efectos y la del vencimiento de la próxima prima.

La tarifa con la cual se calculen las primas será la que a la fecha del cálculo esté vigente en la Institución y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2. Pago de la prima

El Contratante será el único responsable ante la Institución del pago de la totalidad de la prima.

Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente y la enterará a la Institución en cada vencimiento.

El pago de la prima deberá efectuarse en el momento de la celebración del contrato por lo que se refiere al primer periodo de seguro, el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. Las primas posteriores se entenderán vencidas al comienzo de cada periodo.

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de la Institución, contra la entrega del recibo correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria que autorice el Contratante, en cuyo caso el estado de cuenta será prueba plena del pago de las primas hasta en tanto la Institución no entregue el recibo correspondiente, si por causas imputables al Contratante, no puede hacerse el cargo de las primas, el seguro cesará sus efectos.

El Contratante podrá optar por cubrir los pagos de las primas en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, los cuales bajo ninguna circunstancia podrán ser menores a un mes.

3. Beneficios adicionales

Para cada uno de los beneficios adicionales que se contraten para este seguro, se calculará la prima adicional que corresponda de acuerdo con las características de la Colectividad Asegurada y del beneficio mismo, dicha prima se encontrará incluida en la prima total que está reflejada en la carátula de esta Póliza.

4. Periodo de espera

El Contratante gozará de un periodo de espera de treinta días naturales para pagar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de sus fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo, y por tanto, la Institución no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

5. Cambio en la forma de pago de la prima

En cada renovación de esta Póliza, el Contratante tendrá derecho a cambiar la forma de pago de la prima, por meses, trimestres, semestres o años, mediante solicitud por escrito a la Institución y remitiendo el presente contrato para la anotación correspondiente. La tarifa de primas aplicable será la que corresponda a la forma de pago elegida por el Contratante.

6. Rehabilitación

Si esta Póliza hubiese sido cancelada por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitada siempre y cuando el grupo asegurable cumpla con los requisitos del numeral 4. Colectividad asegurable, cláusula I. DEFINICIONES, que el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se canceló el contrato y pague a la Institución las primas vencidas.

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el titular podrá proponer su rehabilitación a la Institución, mediante las siguientes condiciones:

- Que se solicite por escrito y se compruebe a la Institución que el o los Asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud.
- Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que el titular cubra la prima o primas en descubierto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Institución comunique por escrito al titular haber aceptado la propuesta de Rehabilitación.

VI. COBERTURAS**1. Cobertura básica – muerte accidental**

La Institución indemnizará al o a los beneficiarios designados en el consentimiento individual respectivo, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte del miembro de la colectividad asegurada en los siguientes noventa días naturales de ocurrido dicho accidente.

VII. EXCLUSIONES**Accidentes que se originen por participar en:**

- 1. Lesiones o muerte provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.**
- 2. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- 3. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- 4. Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- 5. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- 7. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.**
- 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares impulsados por motor.**
- 9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades propias de deportes peligrosos, tales como paracaidismo, vuelo delta, buceo, alpinismo, esquí, boxeo y artes marciales, cacería, hipismo, charrería, tauromaquia, etc.**
- 10. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- 11. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado estando bajo los efectos de alguna bebida embriagante, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico.**

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes
Personales

- 12. Radiaciones atómicas.**
- 13. Fallecimiento proveniente de algún accidente ocurrido antes de la fecha en que se contrate este beneficio.**
- 14. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes
Personales

**BBVA Seguros México, S.A. de C.V.,
Grupo Financiero BBVA México.**

“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 abril de 2010, con el número CNSF-S0079-0805-2009/CONDUSEF-000661-03”.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes
Personales

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx. Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvasseguros.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasseguros.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en las siguiente liga www.bbvasseguros.mx/disposiciones-legales-vigentes

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado o Contratante, según corresponda, podrá solicitar la cancelación del presente contrato de seguro por: (i) el mismo medio por el cual fue contratado; (ii) por cualquiera de los medios que se enlistan a continuación, de manera enunciativa y no limitativa; y/o (iii) por cualquier otro medio que al efecto implemente la Institución, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio a Clientes de la Institución desde toda la república mexicana (55) 91714000 ext. 97092, de lunes a viernes de las 08:30 a las 17:30 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado o Contratante recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio de cancelación, de forma inmediata o en un plazo no mayor a 48 horas posteriores, a partir del cual la Institución generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo.

“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 14 de junio de 2016, con el número RESP-S0079-0158-2016/CONDUSEF-G00097001”.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo a lo establecido en el **artículo 52** de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**, el Asegurado deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga(n) su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución en lo sucesivo.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá como agravación esencial cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Institución habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, la Institución no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. (**Artículo 60** de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**).

Cláusula complementaria de agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Asegurado o su Beneficiario realice o se relacione con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el Asegurado o su Beneficiario, en los términos del **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** y el Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los **artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis** del **Código Penal Federal** y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre de los Asegurados o su Beneficiario, sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Asegurado o del Beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Institución considerará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de mayo de 2021, con el número CGEN-S0079-0017-2021/CONDUSEF-G-01299-001”.

DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un seguro?

Cuando se contrata un seguro de accidentes personales, es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

¿Cómo saber cuáles son tus derechos cuando contratas un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil:

Como Contratante, antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Si el seguro te lo ofrece un Agente de Seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Esta se proporcionará, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bbvaseguros.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas.
- Recuerda que si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado

En caso de que ocurra el siniestro, tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu Póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora en caso de retraso en el pago de la suma asegurada
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), o bien acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en cualquiera de sus delegaciones estatales

Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico si las partes no se sometieron a arbitraje.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención desde toda la república mexicana (55) 91714000 ext. 97092 o escribe a sace.mx@bbva.com

Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México) y el correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvaseguros.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de enero de 2016, con el número RESP-S0079-0017-2016/CONDUSEF-G00089001”.

Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso inicialmente de un siniestro, ten a la mano tu Póliza y marca este número completo desde toda la república mexicana:

U | R | G | E | N | T | E
800 | 8 | 7 | 4 | 3 | 6 | 8 | 3 |

De lunes a viernes de 8:30 a 18:00

Para aclaraciones después de haber reportado el siniestro, por favor ten a la mano el número de siniestro y llama:

Desde toda la república mexicana: **800 902 1300**

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 08:30 a 17:30 hrs.
Desde toda la república mexicana: **(55) 9171 4000 ext. 97092**