

Seguro para Hospitalización

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. COBERTURAS _____ 4

III. PRIMAS _____ 7

IV. VIGENCIA _____ 7

V. GENERALIDADES _____ 7

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO _____ 14

CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO _____ 15

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 26 de septiembre de 2011 con el número CNSF-S0079-0490-2011/CONDUSEF-000487-03”.

I. DEFINICIONES

1. Institución

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

2. Asegurado

Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato y se compromete a realizar el pago de la prima, por lo que tendrá el carácter de Contratante del seguro.

3. Beneficiarios

Se determina como beneficiarios del Asegurado a su cónyuge; en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales; y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales; y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento podrán designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto, deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, o rehusara a recibir la porción que le correspondiera, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

Cuando no existan beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

4. Enfermedad preexistente

Se entenderá como enfermedad preexistente aquella que haya sido diagnosticada por un médico previamente al inicio de vigencia de la Póliza, independientemente de que tal enfermedad sea del conocimiento del Asegurado en el momento de dicho inicio de vigencia.

5. Enfermedad amparada

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos, de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se considera como enfermedad amparada toda aquella que contraiga el Asegurado y que su inicio, diagnóstico o tratamiento, ocurra mientras se encuentre vigente la cobertura respecto al Asegurado de que se trate.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

Para efectos de este seguro, se considerarán como enfermedades amparadas, entre otros casos:

- Preeclampsia, eclampsia, fiebre puerperal, toxicosis gravídica y diabetes gestacional

6. Accidente amparado

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales al Asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, así como sus complicaciones o secuelas, se considerarán como provenientes de un solo accidente. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado o por un tercero con el consentimiento del Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

II. COBERTURAS

1. Beneficio de apoyo para gastos funerarios

Mediante esta cobertura, la Institución pagará a los beneficiarios la suma asegurada estipulada en la Póliza para este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

2. Beneficio de apoyo para gastos por hospitalización

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Institución pagará la suma asegurada estipulada en la carátula para este beneficio, aplicando el deducible que se indica en el numeral 3. Deducible, de esta cláusula.

Este beneficio operará a partir del periodo de espera, establecido en el numeral 10. Periodo de espera, de esta misma cláusula.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización y siempre y cuando tuviera derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio, conforme a lo establecido en el primer párrafo de este numeral, la Institución pagará la suma asegurada a los beneficiarios del Asegurado.

3. Deducible

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento médico, la Institución aplicará un deducible de 48 horas de estancia hospitalaria continua en el hospital por cada enfermedad o accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las primeras 48 horas de hospitalización del Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización, las cuales serán a cargo del Asegurado. Dicho deducible opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento quirúrgico, se aplicará un deducible de 24 horas de estancia hospitalaria continua para el pago de la suma asegurada.

4. Tratamiento médico

Es aquel tratamiento médico que debido al estado de salud del Asegurado, se requiere su estancia hospitalaria por espacio mayor a 48 horas dentro de un hospital autorizado y certificado por la Secretaría de Salud. No está considerada la estancia en el área de urgencias de un hospital como atención o tratamiento médico que aplique al beneficio de la Póliza.

5. Tratamiento quirúrgico

Es toda intervención quirúrgica que requiera un internamiento hospitalario para la atención de un padecimiento y que requiera la intervención de un equipo quirúrgico, incluyendo la atención anestésica. En este caso, el periodo de estancia en el hospital deberá ser mayor a 24 horas.

6. Hospitalización

Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para el padecimiento amparado, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

7. Hospital

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

8. Reinstalación de suma asegurada

La suma asegurada para el Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización se reinstalará automáticamente cada año, al momento de la renovación de la Póliza bajo los mismos términos contratados inicialmente.

9. Periodo máximo de beneficio

El número máximo de padecimientos a cubrir para el Asegurado será uno por año de vigencia de la Póliza.

Entre cada atención médica hospitalaria, como consecuencia de una enfermedad amparada, deberán transcurrir al menos 90 días naturales, siempre y cuando no tenga relación con el padecimiento previo.

10. Periodo de espera

Se entenderá como el lapso de tiempo ininterrumpido que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, el cual será de 90 días naturales. Si dentro de este periodo de espera, el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento que requiera hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de alguna enfermedad amparada, la suma asegurada contratada no será otorgada.

Este periodo de espera será aplicable únicamente al Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización, durante el primer año que se encuentre vigente la Póliza.

En caso de hospitalización como consecuencia de algún accidente amparado, no se aplicará dicho periodo de espera.

11. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos amparados con periodo de espera

Si el Asegurado resulta afectado por alguno de los siguientes padecimientos y requiere de hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico, la suma asegurada será otorgada, siempre y cuando transcurran dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:

- Amígdalas, adenoides, columna vertebral, vesícula biliar, colon y recto, aparato reproductor femenino y piso pélvico, mama, próstata, hernias, eventraciones o litiasis

12. Suma asegurada

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para el beneficio de Apoyo para Gastos Funerarios y/o Apoyo para Gastos por Hospitalización, estará nominada en moneda nacional conforme a lo establecido en el numeral 4. Moneda, cláusula V. GENERALIDADES.

13. Exclusiones

Beneficio apoyo para gastos funerarios

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, verificado dentro de los dos años siguientes al inicio de vigencia o de la última rehabilitación de esta Póliza, la Institución únicamente pagará a los Beneficiarios el importe del valor de la reserva matemática correspondiente a la fecha en que ocurriera el fallecimiento, quedando liberada de toda obligación derivada de este contrato.
- b) Fallecimiento como consecuencia de cualquier enfermedad preexistente.

Beneficio apoyo para gastos por hospitalización

Se excluye la hospitalización por tratamiento médico y/o quirúrgico a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio.
- b) Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquico nervioso o Alzheimer.
- c) Embarazo, parto, cesárea o aborto.

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

- d) Control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.**
- e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones.**
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- g) Tratamientos o cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.**
- h) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso.**
- i) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.**
- j) Tratamientos relacionados con diálisis.**
- k) Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.**
- l) Padecimientos de nariz y senos paranasales.**
- m) Tratamientos ambulatorios.**
- n) Atención médica en el servicio de urgencias del hospital.**
- o) Padecimientos congénitos, excepto para los nacidos dentro de la vigencia de la Póliza con un periodo de espera de 15 días.**
- p) Accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades peligrosas o trabajos riesgosos, tales como:**
 - 1. Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.**
 - 2. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica y espeleología.**
 - 3. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia.**
 - 4. Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.**
 - 5. Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.**

14. Comprobación

Para que la Institución pague la suma asegurada de los Beneficios de Apoyo para Gastos Funerarios y Apoyo para Gastos por Hospitalización, el Asegurado o el Beneficiario, según sea el caso, deberá presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así como los documentos médicos relacionados con la reclamación que hagan constar los días de hospitalización o el fallecimiento del Asegurado, según el tipo de reclamación de que se trate.

La Institución a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiarios las pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. En caso de que el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, se negaren a someterse a dichas pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone este numeral.

III. PRIMAS

1. Importe de la prima

El Asegurado se obliga a pagar la prima convenida por la cantidad que se indica en la carátula de la Póliza.

2. Vencimiento de la prima

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. Entendiéndose por 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.

3. Lugar de pago de primas

El Asegurado 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, convenirle Asegurado podrá proponer el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Asegurado; en este caso, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

4. Pago fraccionado de primas

El Asegurado 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 inferiores a un mes.

5. Periodo de gracia

El Asegurado 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.

IV. VIGENCIA

1. Inicio de vigencia

La cobertura y beneficios especificados inician a partir de la hora señalada en la carátula de la Póliza y continúan durante el periodo de seguro mientras la Póliza no haya sido cancelada.

2. Terminación del seguro

El presente seguro se dará por terminado automáticamente en los siguientes casos:

- a) En la fecha de término del periodo contratado que se estipula en la carátula de la Póliza.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- c) En el caso al que se refiere el numeral 5. Periodo de gracia, cláusula III. PRIMAS.

V. GENERALIDADES

1. Del consentimiento por medios electrónicos

El Asegurado propone a la Institución que la manifestación de su voluntad para la celebración del presente contrato de seguro, así como el pago de la prima correspondiente y la forma en que ésta se efectuará, será a través:

- a) Del uso de su Clave de Identificación Personal (NIP) ligado a su tarjeta de crédito o Débito, y
- b) Del uso de los cajeros automáticos operados por BBVA México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México (BBVA).

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

Lo anterior, considerando los servicios que BBVA le presta a la Institución al amparo de la relación comercial que ambas instituciones tienen establecida, por lo que la solicitud del contrato de seguros formada al amparo de los medios electrónicos mencionados en el párrafo anterior, se entenderá aceptada y por ello, perfeccionado dicho contrato en el momento en que el Asegurado tenga conocimiento, por dichos medios, de la aceptación de la Institución de la propuesta para celebrar el contrato de seguro.

En virtud de lo estipulado en la presente cláusula, la Institución y el Asegurado convienen en términos de lo establecido en las legislaciones aplicables, que la contratación del seguro realizada en los cajeros automáticos de BBVA a través del empleo de su NIP, sustituirá su firma autógrafa, tendrán pleno valor probatorio y fuerza legal para acreditar la operación realizada, el importe de la misma y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

Asimismo y para todos los efectos legales a que haya lugar, el Asegurado conviene con la Institución, en que es el único autorizado y facultado para realizar la contratación de seguros en los cajeros automáticos de BBVA, proporcionando el NIP que tiene establecido con el propio BBVA, por lo que libera a la Institución de cualquier responsabilidad derivada del uso indebido de dichos medios.

El Asegurado conviene en que el uso del NIP sirve de medio de autenticación, identificación y expresión de la propuesta y voluntad del propio Asegurado en los cajeros automáticos de BBVA y que será utilizado en sustitución del nombre y la firma autógrafa. BBVA y la Institución se basarán en ellos de la misma manera y para los mismos propósitos y alcances.

La información que el Asegurado transmita a BBVA y a la Institución mediante el uso del NIP en los cajeros automáticos del primero, tendrá pleno valor probatorio y fuerza legal para acreditar la contratación del seguro realizada, el importe de la misma, su naturaleza, características y alcance, así como la propuesta del Contratante del seguro para la realización de tal operación.

En ningún caso la Institución será responsable de algún daño, incluyendo sin límite, daños, pérdidas, gastos directos, indirectos, inherentes o consecuentes que surjan en relación con los cajeros automáticos o en relación con cualquier falla en la operación, error, omisión, interrupción, defecto, demora en la operación o transmisión, falla de los cajeros automáticos.

2. Edad límite de aceptación

La edad de aceptación del Asegurado para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 99 años, con renovación automática hasta los 99 años.

3. Edad fuera de límite

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

4. Moneda

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Institución o por parte del Asegurado, están denominados en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

5. Renovación automática

Si a la fecha de vencimiento de vigencia del seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad máxima establecida por la Institución, la renovación se hará de forma automática por otro periodo de seguro igual al contratado inicialmente y por la suma asegurada de la última renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir la nueva prima que corresponda para cada renovación. Si el Asegurado da aviso en contrario por escrito a la Institución, con no menos de treinta días de anticipación al vencimiento de la Póliza, no se realizará la renovación automática.

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

La prima de renovación pagadera durante el nuevo periodo será la que corresponda a la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato vigentes a la fecha de renovación que la Institución tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El comprobante de pago de la prima correspondiente expedido por la Institución, será la prueba de renovación para el Asegurado, sin obligación por parte de la Institución de enviar una Póliza nueva.

6. Rehabilitación

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

- a) Que se solicite por escrito y se compruebe a la Institución que el Asegurado reúne las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud.
- b) Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que el Asegurado cubra la prima o primas en descubierto.
- c) El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Institución comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de Rehabilitación.

7. Lugar de pago de la indemnización

La Institución pagará la indemnización en sus oficinas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de su reclamación en los términos del numeral 14 de la cláusula II. COBERTURAS, de estas condiciones generales.

8. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

- a) En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b) En dos años, en los demás casos.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

9. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Institución en el lugar señalado como domicilio de la misma.

En todos los casos en que la dirección de la oficina de la Institución llegare a ser diferente de la que consta en esta Póliza, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Institución que 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 Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

10. Modificaciones

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 podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

11. Indisputabilidad

A partir del momento en que se perfeccione el presente contrato, éste no podrá ser rescindido por causa de las omisiones o inexactas declaraciones en que incurra el Asegurado al momento de su contratación.

12. Rectificación

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones” (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

13. 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.

Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: “El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas: “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;

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

- 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

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

- 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”.

14. 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 ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

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

15. 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 ésta, 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) 1102 0000 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

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

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) 1102 0000 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.

**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 26 de septiembre de 2011 con el número CNSF-S0079-0490-2011/CONDUSEF-000487-03”.

CONDICIONES GENERALES

Seguro para Hospitalización

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 en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, 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 al Cliente de la Institución, desde toda la república mexicana: (55) 1102 0000, de lunes a viernes de las 8:30 a las 16:00 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-S0079-0156-2016/CONDUSEF-000487-03”.

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 20 de enero de 2021, con el número RESP-S0079-0001-2021/CONDUSEF-G01278-001”.

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 vida es muy común que se desconozcan los derechos que tienes como Asegurado, al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si tú 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. Ésta 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

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 Especializada de Atención a Clientes (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.

- Conocer, a través de la CONDUSEF, si se es beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida)

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención. Desde toda la república mexicana: (55) 1102 0000 o escribe a atencionbbvaseguros@bbva.com

Unidad Especializada de Atención a Clientes, ubicada 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

“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-S0079-0016-2016/CONDUSEF-000487-03”.

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 |

Servicio de lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

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 8:30 a 19:00 hrs.

Desde toda la república mexicana: **(55) 1102 0000**

Chat: www.bbvaseguros.mx (Sección Otros Servicios)
Correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com