

VidaSegura

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. COBERTURA BÁSICA _____ 4

III. EXCLUSIONES GENERALES _____ 5

IV. COBERTURAS ADICIONALES _____ 5

V. PRIMAS _____ 7

VI. VIGENCIA _____ 8

VII. GENERALIDADES _____ 8

CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO _____ 19

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

“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 25 de abril de 2017 con el número CNSF-S0079-0121-2017/CONDUSEF-000812-05”.

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. Beneficiario

Se entiende por Beneficiario la persona o personas designadas como tales por el Asegurado, cuyos nombres aparecen en la carátula de la Póliza o las personas que en su caso designe posteriormente el Asegurado, para recibir los beneficios del presente seguro.

4. Accidente amparado

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

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

- a) La asfixia o aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La electrocución involuntaria.
- c) La muerte causada por homicidio intencional, ya sea atenuado, simple o calificado.
- d) El asalto, entendiéndose por éste, suceso acometido repentinamente y por sorpresa mediante el uso de fuerza o violencia, sea moral o física, sobre las personas, para apoderarse de sus bienes.

Todos estos accidentes, entre otros, quedan amparados siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y que dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente sobreviniere la muerte del Asegurado.

5. Accidente colectivo

Para los términos de esta Póliza, se considera que un accidente es colectivo cuando ocurre:

- a) A bordo de un vehículo de transporte que no sea aéreo, en el cual viajare el Asegurado como pasajero, que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público autorizada, con boleto pagado y sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular.
- b) A bordo de un ascensor que opere para servicio público, en el cual viajare el Asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores ubicados en las minas.
- c) A causa de un incendio ocurrido en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el Asegurado al manifestarse el incendio.

6. Plan de seguro

El plan de seguro está indicado en la carátula de la Póliza conforme a lo siguiente:

- a) Plan creciente: La suma asegurada del beneficio de fallecimiento y beneficio de muerte accidental se actualizará en cada renovación de la póliza de acuerdo con el porcentaje de incremento contratado que se indica en la carátula de la misma. En caso de siniestro, el(los) beneficio(s) se pagará(n) de acuerdo a la suma asegurada alcanzada a esa fecha.
- b) Plan fijo: La suma asegurada se mantendrá constante en cada renovación de la Póliza de acuerdo a la suma asegurada contratada.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

7. Suma asegurada

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza, estará nominada en moneda nacional conforme a lo establecido en la cláusula VII. GENERALIDADES, numeral 13. Moneda.

8. Plan de suma asegurada

Para el beneficio por fallecimiento y beneficio de muerte accidental, la suma asegurada correspondiente será de acuerdo al plan de suma asegurada contratado, indicado en la carátula de la Póliza, conforme a lo siguiente:

- a) En una sola exhibición: ocurrido el fallecimiento del Asegurado, la suma asegurada se pagará en una sola exhibición de acuerdo al monto alcanzado a esa fecha.
- b) En rentas: la Institución pagará mensualmente al Beneficiario designado por el Asegurado, el número de rentas aseguradas contratadas y según el tipo de plan de seguro contratado especificados en la carátula de la Póliza para el beneficio de fallecimiento y el beneficio adicional de muerte accidental (cuando este aplique), después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento del Asegurado.

9. Medios electrónicos

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, a que se refiere el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

10. Canales de contratación

Se entenderán aquellos canales de venta, por virtud de los cuales la Institución o a través de un tercero promocionará y efectuará la venta de productos de seguros vía medios electrónicos, como pueden ser: los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, entre otros y/o (iii) por cualquier otro medio que sea acorde a lo previsto por el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** y por la Circular Única de Seguros y Fianzas.

a) Banca electrónica

Conjunto de servicios de medios electrónicos contratados previamente por el Asegurado o Contratante con BBVA México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México, mediante de los cuales puede realizar la contratación de productos y/o servicios financieros a través del uso de medios electrónicos, tales como: i) App BBVA y ii) www.bbva.mx, para los cuales es necesaria la autenticación a través del uso de claves y contraseñas que al efecto hayan convenido previamente y cuyo uso es estrictamente personal e intransferible.

b) Internet

Medio electrónico por virtud del cual se define una red global que permite el intercambio libre de información entre todos sus usuarios y que para efectos de la contratación del presente producto de seguro, permite que se puedan realizar operaciones y/o contratar servicios financieros, siendo necesario la autenticación a través del uso de claves y contraseñas que al efecto hayan convenido previamente la Institución y el Asegurado o Contratante, cuyo uso es estrictamente personal e intransferible.

11. Seguro recíproco

También conocido como seguro mancomunado y, es aquel, por virtud del cual se aseguran dos personas relacionadas por un vínculo especial, como el del matrimonio o el de la filiación.

II. COBERTURA BÁSICA

1. Beneficio de fallecimiento - BAS

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios, de acuerdo al plan de suma asegurada

contratado, la suma asegurada estipulada en la Póliza para este beneficio al ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza.

La Institución tendrá derecho a compensar, contra las prestaciones arriba mencionadas, la prima vencida pendiente de pago correspondiente al periodo de seguro en que ocurra el fallecimiento del Asegurado.

2. Indemnización en caso de plan de suma asegurada en rentas

La Institución pagará mensualmente a el(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado, el número de rentas aseguradas mensuales contratadas según el tipo de plan contratado especificados en la carátula de la Póliza.

En caso de que durante el periodo de pago del beneficio por fallecimiento sobreviniese el fallecimiento del Beneficiario, las rentas aseguradas que restasen por pagar, se pagarán en los términos pactados para el pago del beneficio citado, a la persona que previamente hubiere designado el Beneficiario.

3. Extensión de cobertura (seguro recíproco o mancomunado)

En caso de que así lo requiera el Asegurado titular al momento de la contratación del seguro, se incluirá como Asegurado en esta póliza a su cónyuge, quedando ambos asegurados simultáneamente y por la misma suma asegurada bajo un seguro recíproco o mancomunado, es decir, cuando uno de los dos llegara a fallecer, se pagará la suma asegurada al segundo Asegurado y se dará por terminado el seguro. En caso de fallecimiento simultáneo, se asumirá que falleció primero el Asegurado cónyuge y, por ende, la suma asegurada será pagada a la sucesión legal del Asegurado titular, en caso de que no exista sucesión legal del Asegurado titular, la suma asegurada será pagada a la sucesión legal del Asegurado cónyuge o, en su defecto, a la que se determine conforme a la legislación civil y familiar en la materia.

El Asegurado titular dará el consentimiento para el aseguramiento del cónyuge de acuerdo con el **artículo 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**:

“Artículo 170.- El seguro recíproco podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 167”.

III. EXCLUSIONES GENERALES

Fallecimiento

- 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.**

IV. COBERTURAS ADICIONALES

1. Beneficio de gastos funerarios - GF

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios designados que presenten el certificado médico de defunción, tendrán derecho a que la Institución les pague en una sola exhibición la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para el beneficio de gastos funerarios.

2. Beneficio de muerte accidental - BMA

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios, de acuerdo al plan de suma asegurada contratado, la suma asegurada estipulada en la Póliza para este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

Asegurado como consecuencia directa de un accidente amparado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

La suma asegurada para este beneficio es adicional e independiente a la suma asegurada del beneficio de fallecimiento descrito en la cláusula II. COBERTURA BÁSICA, en el numeral 1. Beneficio de fallecimiento.

3. Indemnización en caso de plan de suma asegurada en rentas para el beneficio de muerte accidental

La Institución pagará mensualmente a el(los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado, el número de rentas aseguradas mensuales contratadas según el tipo de plan contratado especificados en la carátula de la Póliza.

En caso de que durante el periodo de pago del beneficio por muerte accidental sobreviniese el fallecimiento del Beneficiario, las rentas aseguradas que restasen por pagar, se pagarán en los términos pactados para el pago del beneficio citado, a la persona que previamente hubiere designado el Beneficiario.

4. Beneficio de muerte accidental colectiva - MAC

Mediante este beneficio la Institución pagará a los beneficiarios designados en una sola exhibición la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio, en forma independiente y adicional al beneficio por fallecimiento y al beneficio de muerte accidental, al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados como consecuencia directa de un accidente colectivo amparado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

5. Exclusiones

Aplicables al beneficio de:

Gastos funerarios

a) Para efectos de estos beneficios aplican las exclusiones enunciadas en la cláusula III. EXCLUSIONES GENERALES.

Aplicables a los siguientes beneficios:

- Muerte accidental
- Muerte accidental colectiva

Accidentes que se originen por:

- Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 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.**
- Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero.**
- Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia,**

artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre.

- h) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol a partir de un grado mayor a 101% mg/ml en la sangre. Para el caso en que el Asegurado se encuentre en control de algún vehículo será culpa grave cuando el grado de alcohol en la sangre sea igual o mayor a 50% mg/ml.
- j) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- k) Hernias, eventraciones, aborto o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que los anteriores ocurrieron a causa de un accidente.
- l) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta Póliza o de su última rehabilitación.
- m) Trastornos de enajenaciones mentales, psicológicas, nerviosas o seniles, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estados de depresión psíquica nerviosa o Alzheimer.
- n) Homicidio intencional en el cual el Asegurado haya tenido el carácter de sujeto activo o, en su caso, cuando éste derive de la negligencia u omisión del Asegurado.

V. 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, las partes podrán convenir 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 30 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 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

de seguro cesarán automáticamente a las 12:00 hrs. 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.

VI. VIGENCIA

1. Inicio de vigencia

Las coberturas especificadas en la carátula de la Póliza inician a partir de las 12:00 hrs. del día señalado como inicio de vigencia y continúan durante el periodo de seguro mientras la Póliza no haya sido cancelada.

El plazo de este seguro es de un año, cuyas fechas de inicio y término se establecen en la carátula de la Póliza.

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 aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquel en que el Asegurado cumpla 99 años de edad.
- c) En caso de fallecimiento de cualquiera de los Asegurados.
- d) En el caso a que se refiere la cláusula V. PRIMAS, en el numeral 5. Periodo de gracia.

3. Renovación automática

Si a la fecha de vencimiento de vigencia del seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad límite establecida por la Institución, la renovación se hará en 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. El seguro renovado de acuerdo con lo anterior, se entenderá prorrogado en su vigencia en los términos y condiciones en que fue contratado originalmente. Si el Asegurado da aviso en contrario por escrito a la Institución, con no menos de 30 días de anticipación al vencimiento de la póliza, no se realizará la renovación automática. En caso de seguro conyugal, la renovación operará únicamente respecto del Asegurado cuya edad no rebase el límite mencionado en la cláusula VII. GENERALIDADES, numeral 9. Edad límite de aceptación.

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 registrados 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, siempre que la misma no haya sufrido cambios respecto a la Póliza original.

La renovación del contrato de seguro en los términos establecidos en la presente cláusula, siempre otorgará el derecho de antigüedad para efectos de realizarla sin requisitos de asegurabilidad, así como para que los periodos de espera y las edades límite no puedan ser modificados en perjuicio del Asegurado.

VII. GENERALIDADES

1. Consentimiento para el tratamiento de datos personales sensibles y/o patrimoniales

El Asegurado, conoce y acepta que la manifestación de su consentimiento, respecto del presente contrato será expresada por medios electrónicos, a través del canal de contratación por el cual ha solicitado la celebración del contrato.

El Contratante o Asegurado conoce que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que éstas serán utilizadas en sustitución la firma autógrafa, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las

claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Contratante o Asegurado, por lo que estos últimos liberan a la Institución de cualquier uso indebido de las mismas.

2. Otorgamiento del consentimiento

El Contratante y/o Asegurado deberá manifestar su voluntad mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo medios de aceptación), proporcionando para tal efecto aquellos datos personales que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio, teléfono(s) de contacto, número de tarjeta de débito o crédito, así como el CVV o código de verificación de las tarjetas, usuarios o contraseñas generadas por el propio Asegurado y/o Contratante o realizadas conjuntamente con la Aseguradora (en lo sucesivo medios de identificación).

El uso de los medios de aceptación e identificación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás relativos y aplicables del Código Civil Federal.

Respecto al uso de los medios de identificación y aceptación, se establece lo siguiente:

- I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.
- II. El Contratante y/o Asegurado será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado titular.
- III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado será la carátula de la Póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.
- IV. A través de los medios de aceptación, el Contratante y/o Asegurado podrá manifestar su consentimiento para que la compañía le haga entrega, por cualquiera de los medios a que se refiere la cláusula de entrega de información contractual de la póliza, las condiciones generales y demás documentación contractual que corresponda a este contrato de seguro.
- V. En caso de que el Contratante y/o Asegurado haya manifestado su consentimiento para recibir la Póliza, condiciones generales y demás documentación contractual, a través de la descarga mediante el "Buzón Electrónico", la Aseguradora generará un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los medios a que hace referencia el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas**, siendo dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante de la operación realizada, en sustitución de la firma autógrafa, lo que producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes, teniendo el mismo valor probatorio.
- VI. El uso de medios de identificación es de exclusiva responsabilidad del Contratante y/o Asegurado, quien reconoce y acepta como suyas todas las operaciones realizadas utilizando los mismos a través de los medios a que hace referencia el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aceptando que reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de los usuarios y/o contraseñas que en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.
- VII. La utilización de los medios a que hace referencia el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Contratante y/o Asegurado llegare

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

a hacer uso de los medios aquí establecidos, en este acto reconoce y acepta que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos medios electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

3. Sustitución de firma autógrafa

Derivado de lo pactado en el numeral 2. Otorgamiento del consentimiento, el Contratante y/o Asegurado y la Institución convienen que, de conformidad con los términos establecidos en las legislaciones aplicables, particularmente con lo señalado por el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, el uso de internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de la claves y contraseñas asignadas al Contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio.

4. Autorización de las operaciones a través de medios electrónicos

El Asegurado o Contratante y la Institución convienen que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que éstas serán utilizadas en sustitución del nombre y la firma autógrafa del Asegurado, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Asegurado, por lo que estos últimos liberan a la Institución de cualquier uso indebido de las mismas.

De toda operación efectuada por el Asegurado a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, la Institución emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

5. Designación de Beneficiario(s)

Se entiende por Beneficiario la persona o personas designadas como tales por el Asegurado a través del canal de contratación por el cual ha solicitado la celebración del contrato.

En caso de haber seleccionado la extensión de cobertura, al ser un seguro recíproco, el beneficiario del Asegurado titular será el Asegurado cónyuge y viceversa.

6. Beneficiario Irrevocable

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiario, designando Beneficiario Irrevocable mediante comunicado por escrito, tanto a éstos como a la Institución, la cual hará constar en la presente Póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de Beneficiario Irrevocable.

7. Cambio de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho de hacer una nueva designación de Beneficiarios en cualquier tiempo, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tal designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Institución ya que, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna a los últimos Beneficiarios designados de la cobertura respectiva, de los cuales haya tenido conocimiento.

8. Falta de designación de Beneficiarios

Si el Asegurado no hubiera designado Beneficiarios, o si sólo se hubiere designado uno y hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación la suma asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado. A la muerte de alguno de los Beneficiarios ocurrida previa o simultánea con la del Asegurado, o si se 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.

9. Edad límite de aceptación

La edad de aceptación del Asegurado para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 70 años, con renovación automática hasta los 99 años.

10. 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.

11. Edad

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Institución pruebas fehacientes de su edad y ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, la Institución lo anotará en la póliza o en el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la reclamación.

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 pague 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 recuperar 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.

12. Comprobación

En caso de reclamación por siniestro, el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, en las que deberá(n) consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá(n) con su firma bajo protesta de decir verdad.

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

La Institución a su costa tendrá derecho de solicitar a el (los) Beneficiario(s) las pruebas e informes que considere necesarias relacionadas con el siniestro, ya sea por prevención de lavado de dinero o de cumplimiento interno de la Institución, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. Asimismo, 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 de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este contrato, sea el(los) beneficiario(s) o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

La Institución, con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

13. 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.

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Institución o por parte del Contratante, están denominados en la moneda que se estipula en la carátula de la Póliza, ya sea moneda nacional, dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) o UDIS.

Para el caso de dólares de los Estados Unidos de América (EUA) o UDIS las obligaciones se cumplirán entregando el equivalente en moneda nacional de acuerdo a lo publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectúe el pago, conforme a la **Ley Monetaria** vigente.

14. 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:

- 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.
- Que el periodo al descubierto no sea mayor a 3 meses contados a partir de la fecha en que se cancele el contrato por la falta de pago de primas.
- Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que el Asegurado 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 Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación.

Dicha rehabilitación sólo podrá solicitarse una vez durante la vigencia de la Póliza.

15. 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 de la cláusula II. COBERTURA BÁSICA y cláusula IV. COBERTURAS ADICIONALES.

16. Prescripción

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

- En 5 años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- En 2 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 la Institución.

17. Disputabilidad

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme al cuestionario contestado por el Asegurado a través del canal de contratación por el cual ha solicitado

la celebración del contrato, 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, 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.

Cuando posteriormente a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación, el Asegurado presentara cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera la Institución para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la suma asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese periodo, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

18. 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 Institución y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrá validez si se hacen en la última dirección que conozca la Institución.

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Institución 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 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

19. Modificaciones

Las modificaciones a este contrato de seguro serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Institución y el Asegurado ya sea que el Asegurado o Contratante se presente directamente en las oficinas de la Institución o a través de medios electrónicos mediante el uso de claves y contraseñas de uso exclusivo del Asegurado o 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.

19 bis. Proceso de cancelación del seguro

El Asegurado 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.

- a) Internet o cualquier otro medio electrónico.
- b) Llamando al centro de servicio a clientes de la Institución, desde toda la república mexicana al 55 1102 0000, de lunes a viernes de las 08:30 a las 16:00 hrs.
- c) En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado 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.

20. Aviso de siniestro

El Contratante y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la Institución, dentro de los cinco días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el **artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

21. 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 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (**artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

22. 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;
- 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 365 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

- XI. 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 efectúan el pago de las indemnizaciones por mora,

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

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.”

23. 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.

24. Entrega de documentación contractual

De conformidad a la disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación, se incluye y forma parte integrante de la presente Póliza, la siguiente cláusula:

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:

- a) A través de Servicio de Atención a Clientes (SAC).
- b) Envío al domicilio del Contratante por los medios que la Aseguradora utilice para tal efecto.
- c) Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el Contratante.
- d) A través de un “buzón electrónico”, previa solicitud por parte del Contratante y mediante la asignación de una clave personal por parte de la Aseguradora para el ingreso y descarga de dicha documentación y,
- e) Cualquier otro medio que la Aseguradora establezca e informe al Asegurado o Contratante.

El Asegurado y/o Contratante podrá a través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose (i) desde toda la república mexicana al (55) 1102 0000 y (ii) enviando un correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com

La Aseguradora dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el inciso b), mediante el acuse de recepción al momento de la contratación o en su defecto el acuse de recepción de las personas que se encuentren en el domicilio que el Contratante haya señalado para tales efectos.

En el supuesto identificado con el inciso c), la Aseguradora dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico y de la confirmación de recepción por parte del Contratante en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación, para tal efecto la Aseguradora

procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío, lo anterior sin perjuicio de brindar al Asegurado o Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual vía web, a través del portal de internet descrito en el presente apartado con acceso autenticado mediante clave personalizada proporcionada por la Institución.

Cuando el Asegurado y/o Contratante manifieste su voluntad de recibir la documentación mediante el acceso al “buzón electrónico”, éste deberá de ingresar a la página de internet www.bbvasseguros.mx digitando el usuario que para tal efecto le proporcionará la Aseguradora al momento de la contratación y la contraseña que el mismo genere en el portal de acuerdo con el procedimiento establecido para tal efecto, dejando constancia de la descarga y entrega de los mismos en los sistemas de recolección de datos de la página de internet de la Aseguradora.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante otorgue su consentimiento de forma expresa para recibir la documentación a que se hace referencia en la presente cláusula, mediante el envío de la documentación vía correo electrónico o el acceso al “Buzón Electrónico” en los términos descritos con antelación, está de acuerdo en que los medios de identificación sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, a través del medio elegido por el Asegurado y/o Contratante, sin que ello obste que el Asegurado o Contratante pueda descargar o consultar las condiciones generales en los medios electrónicos determinados en las presentes condiciones generales.

Adicionalmente si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Aseguradora, comunicándose al teléfono (55) 1102 0000, asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a: bbvasseguros.mx@bbva.com

Para solicitar que la presente Póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 1102 0000.

La Aseguradora emitirá un folio de atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada.

**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 25 de abril de 2017, con el número CNSF-S0079-0121-2017/CONDUSEF-000812-05”.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

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 la siguiente liga www.bbvasseguros.mx/disposiciones-legales-vigentes

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.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

“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 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 al (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

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-S0079-0016-2016/CONDUSEF-000812-05”.

Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso inicialmente de un Siniestro o para solicitar alguna Asistencia, 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 las 24 hrs., los 365 del año de 08:30 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**

Asesoría en línea de lunes a viernes de 08:30 a 19:00 hrs. en

Chat: www.bbvasseguros.mx (Sección Otros Servicios)

Correo electrónico: atencionbbvasseguros@bbva.com

Asistencias

Condiciones Generales

DEFINICIONES GENERALES PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Todas las asistencias deberán ser reportadas de manera oportuna vía telefónica al 800 URGENTE.

Los servicios no serán reembolsables ya que deberán ser gestionados por el prestador de servicios.

Para hacer válidas las asistencias, la póliza deberá estar vigente y con los servicios disponibles de acuerdo al número de eventos descritos en cada una de ellas.

Estas asistencias podrán ser transferibles para cualquier persona que el Asegurado Titular solicite excepto, cerrajería y asistencia funeraria.

1. Prestador de servicios

Aquella compañía que subcontratada por **BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México**, otorgará los servicios de asistencias a los Asegurados y Beneficiarios de la Póliza de seguro que amparan las presentes condiciones generales.

2. Urgencia médica

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función de un órgano o la integridad corporal de una persona.

3. Servicios de asistencia

Los servicios asistenciales que gestiona el prestador de servicios al Asegurado Titular y/o su familia en los términos de estas condiciones generales. Para los casos de situación de asistencia, todos los servicios de asistencia serán proporcionados a solicitud del Asegurado Titular o Representante, según sea el caso, las 24 horas de los 365 días del año.

4. Situación de asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado Titular y/o su familia, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los servicios de asistencia.

5. Equipo médico del prestador de servicios

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los servicios de asistencia por cuenta del prestador de servicios al Asegurado Titular y/o su familia.

6. Equipo técnico del prestador de servicios

El personal técnico y asistencial apropiado que esté gestionando los servicios de asistencia por cuenta del prestador de servicios al Asegurado Titular y/o su familia.

ASISTENCIA MÉDICA PRESENCIAL

A solicitud del Beneficiario, se gestionará el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde este se encuentre al momento de solicitarlo. Este servicio se proporcionará las 24 horas del día, los 365 días del año con cobertura en cualquier estado de la república mexicana.

El Beneficiario pagará la cuota de \$150.00 (ciento cincuenta pesos m.n.) por cada visita domiciliaria, costo que deberá liquidarse directamente al médico que esté proporcionando el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria. Sin límite de eventos. El resto del pago al médico por su consulta será cubierto por el prestador de servicios.

Se proporcionará de manera gratuita un servicio y el resto se realizará de manera ilimitada en co-pago de \$150.00 pesos m.n por evento.

REFERENCIAS Y DESCUENTOS MÉDICOS

Descuentos en laboratorios

A solicitud del Beneficiario, se le proporcionará información sobre los laboratorios en convenio más cercanos a su residencia permanente o donde el Beneficiario se encuentre, en donde se le otorgarán precios preferenciales para la realización de estudios de laboratorio como biometría, hemática, química sanguínea, VDRL, VIH, antígeno

prostático, entre otros. Los precios serán preferenciales con descuentos del 5% al 30%, respecto de los precios que se ofrecen al público en general. Este beneficio es ilimitado durante la vigencia de los servicios. El Beneficiario deberá exhibir su identificación oficial y cupón de descuento con los proveedores directos de estos servicios para demostrar que es derechohabiente de este programa.

Referencia de gabinetes médicos de imagen

A solicitud del Beneficiario, se le proporcionará información sobre los gabinetes médicos de imagen en convenio más cercanos a su residencia permanente o donde el Beneficiario se encuentre, en donde se le otorgarán precios preferenciales para la realización de estudios de gabinete, tales como rayos X simples y con medio de contraste, ultrasonidos, tomografías, así como electrocardiografía, electroencefalografía, endoscopias, entre otros. Los precios serán preferenciales con descuentos del 5% al 45%, respecto de los precios que se ofrecen al público en general.

Este beneficio es ilimitado durante la vigencia de los servicios. El Beneficiario deberá exhibir su identificación oficial y cupón con los proveedores directos de este servicio para demostrar que es derechohabiente de este programa.

Referencia dental

Cuando un Beneficiario necesite asistencia dental, el equipo médico del prestador de servicios, aconsejará al Beneficiario sobre cuáles son las medidas que se deban tomar. El equipo médico del prestador de servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario y a cargo del mismo, le concertará una cita con un dentista, con un costo preferencial. Dependiendo del tratamiento (consulta, radiografía, prevención, operatoria dental, odontopediatría, endodoncia, cosmética dental, cirugía bucal, prótesis bucal y prostodoncia, tratamiento periodontal y ortodoncia), los descuentos van del 5% al 40%, respecto de los precios que se ofrecen al público en general.

Este beneficio es ilimitado durante la vigencia de los servicios. El Beneficiario deberá exhibir su identificación oficial y cupón con los proveedores directos de este servicio para demostrar que es derechohabiente de este programa.

Descuentos en medicamentos

El prestador de servicios dará referencias a los Beneficiarios sobre las farmacias en convenio, los cuales brindarán al Beneficiario descuentos del 5% al 20%, dependiendo de las farmacias con las que se tengan celebrados convenios; se le informará al Beneficiario el porcentaje de descuento sobre el precio al público que se aplicará, así como la ubicación que más le convenga.

Este beneficio es ilimitado durante la vigencia de los servicios. El Beneficiario deberá exhibir su identificación oficial y cupón con los proveedores directos de este servicio para demostrar que es derechohabiente de este programa.

Referencia de ópticas

Se darán referencias a los Beneficiarios sobre las ópticas en convenio quienes brindarán al Beneficiario descuentos del 5% al 20%, dependiendo de las ópticas con las que se tienen celebrados convenios; se le informa al Beneficiario el porcentaje de descuento sobre el precio al público que se aplicará, así como la ubicación que más le convenga.

Este beneficio es ilimitado durante la vigencia de los servicios. El Beneficiario deberá exhibir su identificación oficial y cupón con los proveedores directos de este servicio para demostrar que es derechohabiente de este programa.

Orientación médica telefónica

El prestador de servicios proporcionará este servicio a los usuarios, en caso de urgencia médica o enfermedad; contacto inmediato con médicos generales quienes proporcionarán información, asesoría y orientación vía telefónica, a través del número telefónico exclusivo que el prestador de servicios proporcionará a nivel nacional, las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos, para información relacionada a: medicamentos, efectos secundarios, interpretación de exámenes de laboratorio, orientación en planificación familiar, educación sexual, vacunaciones, prevención en la auto-medicación, tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia. Información de primeros auxilios, así como elaboración de expediente clínico por cada persona que utilice el servicio.

Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el médico de call center en ningún caso y por ningún motivo recetará medicamentos.

Referencia de servicios de enfermería general a domicilio

A solicitud del Beneficiario, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general al Beneficiario, el prestador de servicios gestionará el envío de un(a) enfermero(a) general, hasta su residencia permanente o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Con costo preferencial de hasta \$350.00 pesos m.n. por cada 8 horas de atención domiciliaria. Este beneficio será pagado por el Beneficiario directamente a quien preste el servicio al momento que finalice el turno acordado.

Este beneficio está sujeto a disponibilidad de la red del prestador de servicios. Este beneficio es ilimitado durante la vigencia de los servicios. El Beneficiario deberá exhibir su identificación oficial con los proveedores directos de estos servicios para demostrar que es derechohabiente de este programa. Todo servicio será coordinado desde un inicio por el prestador de servicios, el cual proporcionará datos y cupón por correo electrónico al Beneficiario que se presentará con los proveedores.

EXCLUSIONES ASISTENCIA MÉDICA:

- a) Los médicos de cabina bajo ninguna circunstancia indicarán tratamiento farmacológico o expedirán recetas médicas.**
- b) La prescripción o expedición de recetas solo es factible en la visita a domicilio, que será llevada a cabo por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- c) El monto de \$150.00 pesos m.n. de las visitas a domicilio es con cargo al Beneficiario, las cuales deberán ser liquidadas directamente al médico al término de la visita médica.**
- d) En todos aquellos núcleos de población, que por su situación geográfica o económica no cuenten con servicios de ambulancias o médico a domicilio, el prestador de servicios hará su mejor esfuerzo, para enviar del poblado más cercano que cuente con dichos servicios.**
- e) Todos los gastos que se generen a partir de una referencia a la red de servicios médicos, serán cubiertos por el Beneficiario.**
- f) Queda excluida la solicitud de servicio de asistencia médica telefónica que contravenga las buenas prácticas de la medicina.**
- g) Los gastos erogados en la atención médica serán responsabilidad exclusivamente de los Beneficiarios y de ninguna forma el servicio de asistencia será un seguro de gastos médicos, entendiendo que el servicio es de asistencia médica únicamente.**

ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE

A solicitud del Beneficiario o familiar en caso de urgencia médica, la cual será determinada por el comité médico del prestador de servicios, se gestionará el traslado al centro hospitalario más cercano. Si fuera necesario, por razones médicas se realizará el traslado bajo supervisión médica por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Se otorgarán máximo dos eventos gratuitos por año y por Beneficiario, uno de ellos puede ser aéreo. El servicio opera las 24 hrs del día, los 365 días del año. Los eventos subsecuentes serán por cuenta del Beneficiario a precios preferenciales.

El servicio de ambulancia aérea a nivel nacional, aplica solo en caso de accidentes y quedan excluidas enfermedades preexistentes, las cuales serán determinadas por el Comité Médico del prestador de servicios.

El prestador de servicios no será responsable de cualquier complicación que se pueda presentar con el traslado médico, ni de resultado alguno.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

Traslado médico (terrestre)

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del proveedor del traslado, el Beneficiario o su Representante deberán facilitar:

- a) El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico al que el Beneficiario esté ingresando y del lugar donde se encuentre.
- b) El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atiende al Beneficiario.
- c) El equipo médico del prestador de servicios o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los servicios de asistencia.
- d) En cada caso, el equipo médico del prestador de servicios decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el mismo.

CONDICIONES GENERALES

Para hacer válido este servicio, deberá ser reportado de manera oportuna vía telefónica con el prestador de servicios en el período de vigencia de los servicios.

Para hacer uso del servicio, el Beneficiario deberá contactar previamente al prestador de servicios, quien gestionará la totalidad del evento. En caso de que el Beneficiario gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura no será aplicable.

Los servicios serán aplicables a petición del Beneficiario o de un familiar o responsable, en caso de incapacidad del Beneficiario para la comunicación.

En casos de fuerza mayor la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso el prestador de servicios hará su mayor esfuerzo por prestar el servicio en las mejores condiciones posibles.

Los costos preferenciales a que hace referencia el presente anexo, están sujetos a cambios sin previo aviso y podrán variar dependiendo del estado de la república mexicana en que se encuentre el Beneficiario.

El prestador de servicios no se hace responsable en los siguientes casos:

Cuando el Beneficiario no se identifique como Beneficiario activo.

Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.

Cuando el Beneficiario incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.

ASISTENCIA AL HOGAR

- a) El servicio de asistencia al hogar se brindará solamente si es solicitado por el Titular.
- b) El servicio se otorgará solo si el Titular es propietario, copropietario o arrendatario de la vivienda afectada, en el entendido que aplica únicamente para casa-habitación, por lo que se excluyen expresamente todo tipo de local comercial, taller, oficina y cualquier predio con uso distinto al de casa-habitación.
- c) El servicio de asistencia al hogar se brindará siempre y cuando el Titular esté físicamente presente durante

los trabajos y/o reparaciones solicitadas, o bien autorice expresamente a otra persona para recibir y pagar al profesional y/o aceptar el trabajo terminado. En el caso de cerrajería, por temas de seguridad, se solicita que esté presente el Titular durante el servicio.

- d) El servicio de asistencia al hogar se brindará únicamente en casos de emergencia (a excepción de mejorando tu casa), que para efectos de este contrato se define como una situación accidental y fortuita que deteriore el inmueble, que no permita su utilización cotidiana o que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes.
- e) La red de proveedores con la que se otorgarán los servicios es finita y limitada a la infraestructura de la ciudad o localidad donde se solicite dicho servicio.
- f) Todos los servicios de asistencia al hogar cuentan con noventa días naturales de garantía con el proveedor del servicio.

A solicitud del Beneficiario se coordinará el envío de un proveedor en las siguientes especialidades:

1. Plomería

Reparación de rotura de tuberías, llaves u otras instalaciones fijas de agua del domicilio del Beneficiario, siempre y cuando no exista disposición de autoridad que lo impida y que el estado de las instalaciones lo permita.

2. Cerrajería

Para restablecer la apertura y el correcto funcionamiento de las cerraduras de la puerta de la vivienda del Beneficiario, cuando la cerradura este inservible por descompostura o intento de robo, y por lo cual se haga imposible el acceso a la vivienda, siempre y cuando se trate de puertas no computarizadas.

3. Vidriería

En caso de rotura de vidrios o cristales de puertas o ventanas que formen parte de la fachada de la vivienda del Beneficiario (únicamente vidrios exteriores, entendiéndose por tal ventanas o puertas de cristal que formen parte de la fachada de la vivienda que no se encuentren en el interior de la casa), como consecuencia de una situación accidental, se gestionará el envío de un proveedor que procederá a la reposición del vidrio o cristal afectado por la rotura.

4. Electricidad

Restablecimiento del suministro de energía eléctrica, cuando no haya corriente en alguna o en todas las fases de la instalación en el interior de la casa, resultado de fallas o avería de las instalaciones eléctricas de la misma, siempre que no exista disposición de autoridad que lo prohíba y que el estado de las instalaciones lo permita.

5. Albañilería

Reparación de paredes o superficies como consecuencia de un servicio eléctrico o de plomería.

6. Mejorando tu casa

Se enviará un especialista al domicilio del bien asegurado para que cotice cualquier servicio señalado en el párrafo siguiente, para reparación, ampliación, mantenimiento o remodelación que este requiera, sin que se trate de una situación de emergencia.

Los servicios que se pueden realizar son: cambio de cuadros o vidrios, colocación de persianas, repisas, o accesorios varios de cocina o baño, reparación de albañilería, cambio de llaves, cambio de céspol; instalación de equipos eléctricos (pantallas, home theater, consolas de videos juegos); instalación de electrodomésticos y línea Blanca (estufas, lavadoras, ventiladores); instalación de accesorios eléctricos (contactos); aplicación de pinturas e impermeabilizante; barnizado de puertas o muebles; instalación de papel tapiz y cenefas.

Los beneficios de asistencia al hogar están limitados a un máximo de \$750.00 (setecientos cincuenta pesos 00/100 m.n.) por evento, teniendo derecho a 3 (tres) evento(s) sin costo al año en combinación de los servicios antes señalados, incluyendo materiales y mano de obra. En caso de que se rebase el límite anterior, o para eventos subsecuentes, se realizará la cotización para autorización del Beneficiario, quien deberá cubrir el costo directamente al proveedor del servicio. Si el Asegurado está en desacuerdo o se requiere por proceso, se realizará una segunda cotización con un proveedor alterno.

El prestador de servicios coordinará la cita para otorgar el servicio requerido. El proveedor enviará al Beneficiario el presupuesto que elabore y dará recomendaciones para que el Beneficiario tome su decisión. Una vez que el

presupuesto haya sido aceptado, el Beneficiario asumirá la totalidad del costo de los trabajos a realizar (mano de obra y materiales), descontando la suma de la cobertura que tiene (\$750.00 pesos m.n.), y debiendo realizar el pago directamente al proveedor del servicio. Estos servicios se gestionan desde un inicio por el prestador de servicios. No aplican reembolsos. Los eventos subsecuentes serán a precios preferenciales durante el periodo de vigencia de los servicios.

EXCLUSIONES ASISTENCIA AL HOGAR

- a) Plomería: destape de WC siempre y cuando se trate de desazolve, destape de coladeras, registros, drenajes, reparación de bombas de agua, reparación de daños por filtraciones o humedades, aunque sean consecuencia de la rotura de las cañerías o de otras instalaciones, reparación o reposición de aparatos sanitarios, calderas, calentadores, radiadores, aparatos de aire acondicionado y en general, de cualquier aparato electrodoméstico conectado a las tuberías de agua.**
- b) Electricidad: reparación de elementos propios de la iluminación como lámparas, focos, bombillas o tubos fluorescentes, balastos, apagadores, enchufes o bombas eléctricas y reparación de averías que sufran los aparatos de calefacción, electrodomésticos y, en general, los aparatos que funcionen a base de suministro de energía eléctrica.**
- c) Cerrajería: bastones, guanteras, cajones, closets, cajas de seguridad y similares, cerraduras eléctricas.**
- d) En general, quedarán excluidos los servicios de plomería, electricidad y cerrajería, que no requieran de una atención inmediata y que sean mejoras u ornamentos estéticos.**
- e) Quedan excluidos los daños y contingencias provocados intencionalmente por el Usuario, así como los que tengan origen en hechos de guerra, revolución, rebelión, sedición, motín, alboroto popular y otros hechos que alteren la seguridad interna del estado (vandalismo) y cuando se impida el acceso a la vivienda por orden o actos de autoridad, al igual que en casos de terremoto, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos naturales o por consecuencia directa de estos.**
- f) La instalación de servicios de gas natural, televisión de paga, satelital o por cable como líneas telefónicas quedan excluidos debido a que dichas instalaciones las realizan directamente y en exclusiva los proveedores de estos servicios.**

ASISTENCIA VIAL

La Institución se obliga a prestar los servicios de asistencia desde el lugar de residencia permanente del Beneficiario (kilómetro 0), hasta en cualquier otro de la república mexicana, siempre y cuando el modelo del vehículo cuente con hasta 20 años de antigüedad y sea de uso servicio particular.

1. Auxilio vehicular

En caso de pérdida de la circulación autónoma del Vehículo a consecuencia de falta de gasolina, acumulador descargado, pinchadura o falta de aire de llantas, el prestador de servicios de asistencia vial, otorgará los servicios necesarios, incluyendo el abastecimiento de hasta cinco litros de gasolina, para corregir dichos problemas en el lugar mismo en que sucedan, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse por sus propios medios.

Máximo dos eventos por año. La Institución a través de su prestador de servicios de asistencia vial, no pagará en ningún caso, el costo de aceites, acumuladores, ni por la reparación de llantas o la gasolina

en exceso de los mencionados cinco litros. En todos los casos, el Beneficiario deberá estar presente al momento del traslado.

2. Envío y pago de remolque

Cuando el Vehículo se encuentre en circulación y no pueda continuar a causa de una avería (no accidente), y no permita la circulación autónoma del vehículo, el prestador de servicios otorgará los servicios de remolque, hasta por \$2,000.00 (dos mil pesos m.n.) por evento, al lugar o taller más cercano para su reparación, o donde el Usuario lo indique; en caso de que el costo de traslado al lugar indicado por el Titular supere este monto, la diferencia será pagada por el Usuario directamente al prestador del servicio, hasta por un máximo de dos eventos por año.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

Solicitud de asistencia

En caso de una situación de asistencia, y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará al prestador de servicios de asistencia vial, en donde el Beneficiario deberá proporcionar los siguientes datos:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y si es posible, número de teléfono donde la Institución a través de su prestador de servicios, podrá contactar con el Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y número de Póliza.
- c) Describirá el problema y el tipo de ayuda que necesite.

La Institución a través de su prestador de servicios, tendrán libre acceso al Vehículo Asegurado para conocer su situación; y si tal acceso le es negado por el Beneficiario, el prestador de servicios no tendrá obligación de prestar ninguno de los servicios de asistencia.

Imposibilidad de notificación

Solo en casos de falta de prestación de servicios, absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitar los servicios en los términos de estas condiciones generales, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios. En dichos casos se contemplan los reembolsos de servicio de remolque.

- a) En caso de peligro de vida. En situación de peligro de muerte del usuario.
- b) En caso de avería que genere la utilización urgente de una grúa, sin previa notificación, el Beneficiario deberá contactar si es posible con el prestador de servicios, a más tardar dentro de las 24 horas siguientes de la avería o una vez que haya desaparecido el impedimento. A falta de dicha notificación, el Beneficiario será responsable de los costos y gastos ocasionados.

En todos los casos de remolque por avería y auxilio vehicular, es necesario que el Beneficiario o su Representante, acompañe a la grúa durante el trayecto del traslado o, en su caso, levante un inventario de acuerdo a los formatos que utilice el prestador de servicios.

NORMAS GENERALES

Precaución

El Beneficiario está obligado a tratar de moderar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

Cooperación con la Institución a través de su prestador de servicios

El Beneficiario deberá cooperar con la Institución a través de su prestador de servicios, para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al prestador de servicios, los documentos necesarios y ayudarla, con cargo del costo a esta, para completar las formalidades necesarias.

Subrogación

La Institución a través de su prestador de servicios, se subrogará exclusivamente, por la vía civil, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que

correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de avería, que hayan dado lugar a la prestación de los servicios de asistencia.

EXCLUSIONES

Esta cobertura en ningún caso ampara:

- a) Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios, de duración superior a sesenta días naturales, no dan derecho por el exceso en el periodo de sesenta días a los servicios de asistencia.**
- b) Las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa de:**
 - **Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad.**
 - **Autolesiones o participación intencional del Beneficiario en actos criminales.**
 - **La participación del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - **La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - **La participación del Beneficiario y/o del vehículo en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones, o pruebas de seguridad o resistencia.**
 - **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de accidente causado por combustibles nucleares.**
 - **Enfermedades mentales o alienación.**
 - **Traslado y/o trasplante de órganos o miembros.**
 - **Embarazos en los últimos tres meses antes de la “fecha probable del parto”, así como este último y los exámenes prenatales.**
 - **Enfermedades, estados patológicos, accidentes personales o accidentes automovilísticos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica, o por ingestión de bebidas alcohólicas.**
 - **Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
 - **Golpes o choques intencionados, así como la participación directa del vehículo en actos criminales.**
 - **Labores de mantenimiento, revisiones del vehículo, reparaciones mayores y la compostura o armado de partes previamente desarmadas por el Beneficiario o por un tercero no autorizado o no profesional.**
 - **El costo de la gasolina y/o aceites, acumuladores descargados o en mal estado y la reparación de llantas serán con cargo al Beneficiario, excepto los primeros 5 litros de gasolina, cuando el vehículo se haya quedado sin esta.**

ASISTENCIA FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Titular, sus familiares tendrán acceso a la red de funerarias con las que el prestador de servicios tiene convenios en los que se otorga el paquete de servicio básico para el Titular, por muerte natural o accidental. Edad de aceptación de 18 hasta los 70 años. No aplican reembolsos y deberá ser

solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento. Puede ser cremación o inhumación. Deberá ser coordinado desde un inicio con la red de proveedores del prestador de servicios.

La cobertura de la Asistencia Funeraria será a nivel nacional dentro de la república mexicana e incluye 1 evento funerario básico para el Titular de la Póliza.

El servicio funerario incluye:

- Arreglo estético del cuerpo.
- Ataúd metálico o urna para cenizas en caso de cremación.
- Sala de velación o domiciliaria.
- Carroza al cementerio con traslado no mayor a 30 km.
- Asistencia legal funeraria.
- Asesoría y gestoría para obtener el certificado o acta de defunción.
- Tramitación de la dispensa de necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permita.
- En caso de muerte violenta el prestador de servicios realizará ante el Ministerio Público y el servicio médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Beneficiario.
- Información y asesoría sobre trámites legales testamentarios.
- Asistencia psicológica a familiares (tanatológica).

El prestador de servicios realizará la coordinación y el apoyo al familiar o representante a llevar a cabo el proceso. Informará sobre los proveedores en red donde puede ser llevado a cabo el servicio funerario y sobre los servicios descritos con anterioridad.

Adicional, en caso que un familiar directo (cónyuge o hijos menores de 21 años) fallezcan, el Beneficiario tendrá derecho a un descuento de \$5,000.00 (cinco mil pesos 00/100 m.n.) sobre el precio a público de los servicios funerarios mencionados en la cobertura funeraria, esto aplica solo por muerte accidental. No aplican reembolsos y deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento. Deberá de ser coordinado, desde un inicio con la red proveedores del prestador de servicios.

EXCLUSIONES ASISTENCIA FUNERARIA

- a) En caso de muerte con violencia deberá de solicitarse al ministerio público correspondiente, una carta liberando al cuerpo para poder proceder a inhumar o cremarlo como se haya decidido.**
- b) Servicios adicionales se proporcionan con descuento directo con el proveedor.**
- c) Para iniciar el trámite el familiar o beneficiario debe mostrar el acta de defunción o certificado, así como identificación oficial vigente del solicitante y del difunto.**
- d) Las fechas del fallecimiento deben coincidir con la solicitud del trámite, es decir no debe pasar más de 24 horas del fallecimiento para iniciar con el proceso de solicitud del servicio al proveedor.**
- e) No aplica embalsamado en caso de inhumación, se paga con costo preferencial para clientes BBVA Seguros.**
- f) Los servicios y costos excedentes serán cubiertos por el familiar que solicita el servicio con costo preferencial, por ejemplo, ataúd por exceso de medidas.**
- g) La coordinación una vez seleccionado el proveedor del servicio funerario y que cuente con el acta o certificado de defunción es de 12 a 24 horas. Sin embargo, esto dependerá de la infraestructura de la localidad en la que haya existido el evento. El proveedor realizara el mejor esfuerzo para realizar en los tiempos establecidos.**

CONDICIONES GENERALES

Los servicios se proporcionarán en el territorio nacional siempre y cuando la infraestructura del lugar así lo permita.

Los precios mencionados en la cotización son considerando pago mensual por usuario más IVA. Cualquier costo adicional a lo mencionado en las condiciones será considerado en una cotización por separado.

Los servicios se proporcionarán con la red propia del prestador de servicios, los reembolsos no son incluidos dentro de los cotizadores presentados (a excepción de tres al año).

La información y costos presentados es confidencial para uso exclusivo de BBVA Seguros y deberá cumplirse a mayor detalle el cuidado de esta. No podrá difundirse ni compartirse.

Todos los servicios deberán considerar las exclusiones de cada uno, las cuales se informarán al solicitar la cotización de cada programa de asistencias.

Los precios presentados no incluyen gastos de capacitación, marketing u otros adicionales en caso de requerirlos.

Para otorgar los precios presentados se hizo uso de siniestralidad/usabilidad actualizada al cierre de 2018, sin embargo, en caso necesario o incremento abrupto de precios de servicios, será necesario revisarla cada dos meses.

EXCLUSIONES GENERALES

- a) **Todas aquellas contempladas en estos términos y condiciones.**
- b) **Cuando por una acción intencional del Beneficiario resulte la comisión de un delito.**
- c) **La solicitud de servicio de asistencia que contravenga la ley o cuando por disposición de la autoridad respectiva no sea posible brindar el servicio.**
- d) **No aplican reembolsos de ningún tipo de gasto.**
- e) **Quedan excluidas de los servicios las siguientes situaciones:**
 - **Las situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - **Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario.**
 - **Autolesiones o participación del Beneficiario y/o Beneficiario en actos delictivos intencionales, suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
 - **Accidente ocurrido en estado de ebriedad o bajo el uso de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.**
 - **La participación intencional del Beneficiario en riñas, huelgas y alborotos populares.**
- f) **No incluye reembolsos a los servicios ni descuentos otorgados.**

NORMAS GENERALES

Mitigación

El Beneficiario deberá coadyuvar para tratar de evitar que los efectos de las situaciones de asistencia se agraven.

Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deber ser presentada dentro de los treinta días naturales de la fecha en la que se produzca, transcurridos los cuales se extinguirá cualquier derecho en contra del proveedor y del prestador del servicio.

Creación de materiales publicitarios

BBVA Seguros creará, preparará y producirá, exclusivamente por su cuenta, los materiales publicitarios, avisos y comunicaciones necesarios en relación con los servicios de asistencia que se envíen a los Beneficiarios, salvo que en el futuro en algún anexo se estipule lo contrario, los cuales deberán ser previamente revisados y aprobados por el prestador de servicios.