

Seguro de Viaje

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	2
II. COBERTURA BÁSICA	6
III. COBERTURAS ADICIONALES	6
IV. EXCLUSIONES GENERALES	10
V. PRIMAS	12
VI. VIGENCIA DEL SEGURO	12
VII. SERVICIO DE ASISTENCIA	12
VIII. GENERALIDADES	16

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

I. DEFINICIONES

1. INSTITUCIÓN

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

2. CONTRATANTE

Persona física o moral, cuya propuesta sirve de base para la expedición de este contrato y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas.

3 ASEGURADO(S)

Es aquella persona física cubierta por los riesgos amparados de conformidad con lo definido en la carátula de la Póliza. El Asegurado podrá tener el carácter de Contratante del Seguro.

4 ASEGURADO TITULAR

Será el Contratante o, en su caso, la persona designada por éste, a quien la Institución reembolsará la parte cubierta de los gastos erogados por la atención médica recibida por accidentes o enfermedades que se encuentren amparados para cualquiera de los Asegurados, sujetos a las condiciones del presente contrato.

5 BENEFICIARIO(S)

Un Beneficiario es la persona o personas designadas como tales por el Asegurado, cuyos nombres aparecen en la carátula de la Póliza, para recibir los beneficios del presente seguro en caso de fallecimiento de éste.

“Advertencia:

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

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

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

6 PARENTESCO

Se entiende por Parentesco la relación que el (los) Asegurado(s) tiene(n) respecto al Contratante.

7 ACCIDENTE CUBIERTO

Es toda lesión corporal cubierta que sea sufrida como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la Póliza y que pueden provocar lesiones corporales o la muerte del (de los) Asegurado(s).

Para efectos de este seguro, se considerará como accidente cubierto, 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, quedan amparados siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y que ocurriera el fallecimiento del (de los) Asegurado(s) hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del accidente cubierto.

No se considera como accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado ni tampoco aquellos eventos donde la primera atención médica y/o gasto se efectúe después de 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores al evento ocurrido que generó dichas lesiones.

8 CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR

Suceso que no ha podido preverse o que previsto no ha podido evitarse. Pueden ser producidos por la naturaleza o por el hecho del hombre.

9 COSTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS

Se entiende como el costo promedio cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica y nivel hospitalario, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde se ha atendido el (los) Asegurado(s), los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos.

10 PRIMA

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante y/o Asegurado, a favor de la Institución que estará establecida en la carátula de la Póliza.

11 DEDUCIBLE

Monto fijo que aplica a los primeros gastos erogados para cada siniestro, que corre a cuenta del (de los) Asegurado(s) y se encuentra establecido en la carátula de la Póliza. Una vez que el deducible es rebasado comienza la obligación del pago teniendo como límite la suma asegurada contratada a cargo de la Institución.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

12 DOLO

Se define como cualquier sugestión o artificio que sea empleado por el Asegurado y/o Contratante para inducir a error o mantener en este a la Institución.

13 MALA FE

Se define como la disimulación del error por parte del Asegurado y/o Contratante, una vez que lo ha conocido.

14 ENFERMEDAD GRAVE CUBIERTA

Se entenderá como toda alteración de la salud repentina generada por agentes de origen interno, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que ponen en peligro la vida del (de los) Asegurado(s), su integridad corporal y/o el funcionamiento de alguno de sus órganos, y que, por lo tanto, provocan que el (los) Asegurado(s) requiera(n) de atención médica inmediata.

15 ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Se entenderá por Enfermedades Preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a. Que sus síntomas y/o signos se hayan manifestado de manera evidente, es decir que no hayan podido pasar desapercibidos, antes del inicio de vigencia de la Póliza. Lo anterior, deberá documentarse mediante resumen clínico o pruebas de laboratorio o gabinete.
- b. Que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del (de los) Asegurado(s) al amparo de la Póliza.
- c. Que se compruebe su existencia previamente a la celebración del contrato, se haya declarado su existencia o que se compruebe, mediante un expediente clínico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

- d. Que a consecuencia de ellos y previamente a la celebración del contrato, el (los) Asegurado(s) o el Contratante haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

La Institución sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

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

2. Que previamente a la celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Institución, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se le haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del Contrato de Seguro, la Institución podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con las Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Institución, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La Institución acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y a sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El árbitro designado por las partes deberá ser un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad médica correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes al momento de acudir solicitarlo. Las partes deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

El laudo emitido en el arbitraje vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Institución.

Para todo lo no previsto respecto al procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

16 ENFERMEDAD CONGÉNITA

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

17 GASTO MÉDICO

Conjunto de acciones y gastos relacionados para el tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de algún accidente o enfermedad.

18 HOSPITAL

Establecimiento sanitario, legalmente autorizado para diagnosticar y tratar los accidentes o las enfermedades de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

19 MÉDICO TRATANTE

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista y/o cirujano.

20 FAMILIAR DIRECTO

Se refiere a los familiares del Contratante y/o Asegurado(s) consistentes en pares, hermanos, cónyuge, concubino e hijos.

21 RESPONSABILIDAD CIVIL

Es la obligación legal que tiene una persona de reparar los daños y perjuicios producidos a otra a consecuencia de una acción u omisión propia por el que deba responderse y en que haya habido algún tipo de culpa o negligencia.

22 EQUIPAJE REGISTRADO

Objetos de uso personal de un pasajero que lleva consigo durante el viaje en cualquier medio de transporte que es registrado en una Línea Transportista la cual le extiende un comprobante por la custodia de los mismos.

23 LÍNEA TRANSPORTISTA

Compañía autorizada y regulada por la autoridad competente, cuyo objetivo es el transporte público de pasajeros en rutas y horarios establecidos.

24 LUGAR HABITUAL DE RESIDENCIA

Es el lugar geográfico dentro de la república mexicana, donde el Asegurado, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas.

25 VIAJE

Es el acto donde el (los) Asegurado(s) se separa(n) de su Lugar Habitual de Residencia hacia un destino diferente, siempre y cuando éste se encuentre por lo menos a una distancia de cincuenta (50) kilómetros y fuera de la zona metropolitana de su Lugar de Residencia Habitual, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por medio aéreo, acuático o terrestre, siempre que no se trate de traslados a su centro de trabajo habitual.

26 TERRITORIALIDAD

Los eventos ocurridos podrán ser dentro y fuera del territorio nacional, excepto Cuba y países sancionados por la OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros de Estados Unidos)
(<https://home.treasury.gov/policy-issues/financial-sanctions/sanctions-programs-and-country-information>)

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

27 PRESTADOR DE SERVICIOS TURÍSTICOS

Compañía que se dedica a prestar servicios turísticos relacionados con alojamiento, alimentación, guías turísticas y transportación.

28 PRÁCTICA AMATEUR DE DEPORTES

Se entiende a la práctica de deportes de forma ocasional, vacacional y no profesional, es decir, que la práctica se efectúe con baja frecuencia, que no participe en competencias y que no reciba remuneración o beneficios materiales a cambio de dicha práctica.

29 HOTEL

Establecimiento que se dedica al alojamiento de huéspedes o viajeros.

30 AEROLÍNEA COMERCIAL

Compañía autorizada para el transporte público de pasajeros que está sujeta a concesión y a las rutas establecidas, itinerarios y frecuencias fijos, así como a las tarifas y horarios registrados ante las autoridades competentes de Aviación Civil.

31 AERONAVE DE SERVICIO PÚBLICO

Vehículo aéreo de transporte nacional e internacional de pasajeros.

32 PASAJERO

Persona que se traslada en cualquier medio de transporte público con ruta establecida y cuyo viaje es respaldado por un boleto a su nombre que describe el itinerario de viaje.

33 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, para la celebración de servicios y operaciones de este contrato de seguro y que estén disponibles por la Institución.

II. COBERTURA BÁSICA

1 GASTOS FUNERARIOS (GF)

Al ocurrir el fallecimiento del (de los) Asegurado(s) por cualquier causa, los Beneficiarios designados deberán presentar el certificado médico de defunción y tendrán derecho a que la Institución les pague la suma asegurada contratada para este beneficio indicada en la carátula de la Póliza, y que la misma se encuentre vigente, sin importar que el (los) Asegurado(s) esté(n) o no de viaje

a) SUMA ASEGURADA

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio estará nominada en dólares de los Estados Unidos de América, y se solventará en el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago conforme a lo establecido en el apartado GENERALIDADES, cláusula MONEDA.

En caso de menores de 12 (doce) años de edad cumplidos al momento de ocurrir el fallecimiento, la suma asegurada indemnizada será el equivalente en moneda nacional a 60 (sesenta) veces el salario mínimo mensual general vigente.

III. COBERTURAS ADICIONALES

1 MUERTE ACCIDENTAL (BMA)

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios, la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del (los) Asegurado(s) como consecuencia directa de un accidente cubierto estando en viaje durante la vigencia estipulada en la carátula de la Póliza.

La suma asegurada para este beneficio se otorga de manera adicional e independiente a la cobertura básica de "Gastos Funerarios" y la cobertura adicional de "Muerte Accidental en Vuelo".

La cobertura estará vigente de conformidad con la vigencia estipulada en la carátula de la Póliza.

La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 18 (dieciocho) años.

2 PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (POA)

Durante los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el accidente, cuando el (los) Asegurado(s) sobreviva(n) a un accidente cubierto, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, la Institución pagará el porcentaje de la suma asegurada que de acuerdo con la escala corresponda a tal pérdida.

El monto a indemnizar al (a los) Asegurado(s) que sufra(n) una pérdida orgánica será de acuerdo a la siguiente tabla:

Pérdida Orgánica	%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una pierna o un brazo	50%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación o anquilosis parcial de un pie abarcando todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano comprendiendo el pulgar y el índice	30%
Tres dedos de una mano sin incluir el pulgar o el índice	25%
El pulgar y otro dedo de una mano que no sea el índice	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	20%
Acortamiento de por lo menos 5 centímetros de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, anular o meñique de cualquier mano	5%

Se entenderá por:

- **PÉRDIDA DE UNA MANO.**
Su separación de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella o la anquilosis de la articulación citada.
- **PÉRDIDA DE UN BRAZO.**
La amputación o anquilosis del brazo entre el hombro y el codo.
- **PÉRDIDA DE DEDOS.**
La separación o anquilosis de dos falanges completas cuando menos.
- **PÉRDIDA DE UN PIE.**
Su separación o anquilosis de la articulación tibio tarsiana o arriba de ella y abajo de la rodilla.
- **PÉRDIDA DE UNA PIERNA.**
La amputación o anquilosis del muslo entre la cadera y la rodilla.
- **PÉRDIDA DE LA VISTA.**
La pérdida completa y definitiva de la visión.

La cobertura estará vigente de conformidad con la vigencia estipulada en la carátula de la Póliza.

La suma de las indemnizaciones a las que pudiera tener derecho el Asegurado no excederá el cien por ciento de la suma asegurada para este beneficio.

3 MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO (MAV)

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios, la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio, cuando el (los) Asegurado(s), a consecuencia de un Accidente Cubierto

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

ocurrido mientras se encuentre como pasajero de una Aeronave de Servicio Público con boleto expedido a su nombre por la Aerolínea Comercial, fallezca de manera inmediata o hasta los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo siempre y cuando el accidente haya ocurrido dentro de la vigencia establecida en la carátula de la Póliza.

La suma asegurada para este beneficio se otorga de manera adicional e independiente a la cobertura Básica de "Gastos Funerarios" y la cobertura adicional de "Muerte Accidental".

Este beneficio operará mientras el (los) Asegurado(s) se encuentre(n) viajando, fuera de su Lugar de Residencia Habitual.

La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 18 (dieciocho) años.

4 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE (GM)

Mediante esta cobertura, la Institución indemnizará al (a los) Asegurado(s) por los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra, durante la vigencia de la Póliza, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, cuando sufra un Accidente Cubierto o Enfermedad Grave Cubierta, al estar viajando, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro del período de Viaje o dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente Cubierto o en que se manifieste el primer síntoma de la Enfermedad Grave Cubierta. El pago de la indemnización podrá ser mediante reembolso al Asegurado o mediante pago directo, a través de los prestadores de servicio que para tal efecto tenga contratado la Aseguradora y coordinado con la Institución.

Para el caso de Gastos Médicos por Enfermedad, los gastos por Enfermedades Preexistentes no estarán cubiertos.

Se amparan los Gastos Médicos cubiertos hasta por la suma asegurada contratada para este beneficio sujeto al pago del deducible estipulado en la carátula de Póliza.

Este beneficio operará mientras el Asegurado se encuentre viajando, fuera de su Lugar de Residencia Habitual.

a. GASTOS MEDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra(n) el (los) Asegurado(s) para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes necesarios del médico cirujano.
- b) El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- c) El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- d) El costo de hospitalización representado por el uso de habitación estándar, así como los alimentos consumidos por el Asegurado.
- e) El costo por utilización de una ambulancia terrestre cuando su uso sea justificado por la gravedad del accidente que ponga en riesgo la integridad o vida del Asegurado. La Institución cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave.
- f) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de hospitalización. Fuera del hospital o sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento cubierto.
- g) El costo por consultas médicas como consecuencia del accidente o enfermedad cubierto.
- h) El costo por cama extra para un acompañante del (de los) Asegurado(s) durante su hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los Costos Usuales y Acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

b. Responsabilidad de la institución para reembolso de gastos médicos por accidente o enfermedad grave

La responsabilidad de la Institución inicia a partir de que se excede el deducible estipulado en la carátula de la Póliza y estará determinado por:

- a) El límite máximo de la suma asegurada contratada para este beneficio que se indica en la carátula de la Póliza.
- b) Las reclamaciones y gastos cubiertos siempre que estos se originen mientras el Asegurado se encuentra de viaje fuera de su Lugar Habitual de Residencia y mientras no exceda del número máximo de días por viaje que se estipula en la carátula de la Póliza.
- c) Los Gastos Médicos originados mientras el Asegurado se encuentre en viaje.

5 GASTOS ODONTOLÓGICOS DE EMERGENCIA DENTAL (ED) – (Límite Único Combinado con la cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave)

La Institución indemnizará al Asegurado por los gastos de atención odontológica en que incurra, cuando se presente un caso de infección o trauma a consecuencia de un Accidente Cubierto siempre que el Asegurado se encuentre viajando.

El beneficio estará limitado únicamente al tratamiento del dolor, extracción de pieza dental cuando sea necesario y cualquier tratamiento temporal que sea justificado por el médico que lo trate para que pueda continuar su viaje y regresar a su lugar de origen a recibir el tratamiento definitivo; adicionalmente estará limitado a un evento por viaje.

Este beneficio opera como Límite Único y Combinado con la Suma Asegurada de la cobertura de Reembolso Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave dependiendo de la naturaleza del evento, por lo que el gasto que se derive de esta cobertura disminuirá la suma asegurada de la cobertura de Reembolso Gastos Médicos por Accidente o por Enfermedad Grave.

Este beneficio operará mientras el Asegurado se encuentre viajando, fuera de su Lugar Habitual de Residencia.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para estos beneficios estará nominada en dólares de los Estados Unidos de América, y se solventará en el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago conforme a lo establecido en el apartado GENERALIDADES, cláusula MONEDA.

Para tener derecho a la suma asegurada el Asegurado deberá presentar su reclamación a la Institución.

Para el beneficio de Pérdidas Orgánicas por Accidente, en caso de ocurrir más de una pérdida orgánica durante la vigencia de la Póliza y/o en un mismo evento, la suma de las indemnizaciones a las que pudiera(n) tener derecho el (los) Asegurado(s) no excederá del cien por ciento de la suma asegurada contratada para este beneficio por vigencia de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza.

Para los beneficios Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave y Emergencia Dental, el pago máximo que efectuará la Institución por cada Accidente Cubierto o Enfermedad Grave Cubierta no excederá la suma asegurada contratada para este beneficio de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

IV. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

- a) Lesiones o muerte provocadas por el (los) propio(s) Asegurado(s) hacia su persona.
- b) No se efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situación de emergencia, si no se dio cumplimiento al procedimiento indicado en los presentes términos y condiciones.
- c) Quedan excluidos los países o situaciones siguientes: Cuba, países en conflicto bélico, así como los países sancionados por Estados Unidos y/o la Unión Europea por apoyar al terrorismo o lavado de dinero.

EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS:

- Muerte Accidental (BMA)
- Muerte Accidental en Vuelo (MAV)
- Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)

No se amparan Accidentes que se originen por:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
- c) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado o un tercero.
- d) 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, con boleto a su nombre y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
- e) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- f) Uso de motocicletas, motonetas y/o vehículos de motor similares acuáticos o terrestres, ya sea como piloto o pasajero.
- g) Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre o deportes de contacto.
- h) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i) Accidentes que se originen por encontrarse el asegurado bajo el efecto del alcohol a partir de un grado mayor a 0.50 mg/ml en la sangre (o 0.25 mg/L de aire espirado).
- 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 provenientes de un evento ocurrido previo 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.

EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE:

- **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave (GM)**
- a) **Enfermedades o accidentes leves como gripa, dolor de garganta, dolor de cabeza, cuello u oído, dolor estomacal o cualquier malestar o lesiones que no requieran de una intervención médica de emergencia que ponga en riesgo su integridad o la vida misma.**
- b) **Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión, psicológicos, nerviosos, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- c) **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- d) **Hernias o eventraciones excepto si son a consecuencia de un accidente cubierto.**
- e) **Diagnósticos y tratamientos de acné.**
- f) **Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad haya causado el deterioro de la visión o de la audición.**
- g) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- h) **Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura y homeopáticos.**
- i) **Enfermedades que son transmitidas sexualmente.**
- j) **Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.**
- k) **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.**
- l) **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.**
- m) **Enfermedades congénitas.**
- n) **Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
- o) **Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.**
- p) **Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.**
- q) **Tratamientos médicos oculares como miopía, astigmatismo, estrabismo, hipertensión ocular, melanoma ocular y cualquier otro tratamiento ocular salvo que sea provocado por un Accidente Cubierto.**
- r) **Tratamiento de enfermedades o estado patológico producido por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcótico o por la utilización de medicamentos sin orden médica.**
- s) **Los causados por mala fe del Asegurado o acompañantes del Asegurado.**
- t) **Enfermedades Preexistentes**
- u) **Adicionalmente, para el Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave aplican las exclusiones enunciadas en el apartado de EXCLUSIONES GENERALES.**

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

Aplicables a la cobertura:

Gastos odontológicos de Emergencia Dental (ED):

- a. Quedan excluidos los tratamientos alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, así como dentaduras, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto y que originen lesiones en dientes.

V. PRIMAS

1 IMPORTE DE LA PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la prima convenida por la cantidad que se indica en la carátula de la Póliza. La prima aplicable se determinará de acuerdo con las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 período de seguro, entendiéndose por período de seguro, el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima y podrá ser pagada

La prima podrá ser pagada a través de los medios electrónicos habilitados por la Institución y será un pago único.

VI. VIGENCIA DEL SEGURO

1 INICIO DE VIGENCIA

Los beneficios contratados inician a partir del momento especificado en la carátula de la Póliza y continúan durante el periodo de seguro mientras la Póliza no haya sido cancelada.

2 TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

- a) En la fecha de término del período contratado que se estipula en la carátula de la Póliza.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del (de los) Asegurado(s).
- c) Si el (los) Asegurado(s) cambia(n) su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

3 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Derivado de que el presente contrato de seguro ampara un periodo inferior a un año, no aplicará renovación automática.

VII. SERVICIO DE ASISTENCIA

1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA

La Institución será la única responsable frente al (a los) Asegurado(s), Contratante o Beneficiario por la actuación del prestador de servicios de asistencia.

De acuerdo al plan contratado, el límite de suma asegurada (SA) y condiciones para cada servicio de asistencia será de acuerdo a lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

#	Servicio de Asistencia	Plan Integral	Plan Plus
a)	Gastos de Hotel por Convalecencia	SA: establecido en carátula de Póliza	SA: establecido en carátula de Póliza
b)	Repatriación Sanitaria del Asegurado	SA: establecido en carátula de Póliza	SA: establecido en carátula de Póliza
c)	Repatriación de Restos Mortales	SA: establecido en carátula de Póliza	SA: establecido en carátula de Póliza
d)	Traslado Médico de emergencia	Incluido hasta el límite indicado en la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave	Incluido hasta el límite incluido en la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave.
e)	Compensación por cancelación de viaje por accidente, enfermedad o fallecimiento	SA: establecido en carátula de Póliza	SA: establecido en carátula de Póliza

Para los Servicios de Asistencia: traslado médico de emergencia y compensación por cancelación de viaje por accidente, enfermedad o fallecimiento el monto del límite de responsabilidad será el indicado para la vigencia de la Póliza y no tendrá reinstalación automática.

Para los Servicios de Asistencia: gastos de hotel por convalecencia, repatriación sanitaria del asegurado y repatriación de restos mortales, estará sujeto a un solo evento durante la vigencia del seguro.

1 GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Si el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Grave cubierta hubiera permanecido hospitalizado y el Médico Tratante prescribe que deba de permanecer convaleciente en el lugar donde se haya prestado la atención médica, se gestionará y coordinará el hospedaje con algún prestador de servicios de su red de proveedores.

Para esta asistencia se requiere la prescripción médica generada por un profesional con licencia médica, donde se indique que el (los) Asegurado(s) requiere(n) prolongar su estancia por el accidente o enfermedad grave cubierta presentada durante su viaje.

El límite máximo de días y gasto cubierto está indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo con el plan contratado.

2 REPATRIACION SANITARIA DEL ASEGURADO

Cuando el (los) Asegurado(s) durante el Viaje sufra un Accidente Cubierto o Enfermedad Grave Cubierta, y de acuerdo a las condiciones médicas y al criterio del Médico Tratante y del equipo médico se determine que el (los) Asegurado(s) no puede(n) continuar con el itinerario de su viaje, se gestionará y cubrirán los gastos por repatriación aérea (clase económica en línea regular) y/o medio de traslado más adecuado según su situación médica, así como todos los gastos suplementarios durante el viaje de regreso a su Lugar Habitual de Residencia que fueran necesarios hasta por el límite de responsabilidad indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado. Dichos gastos suplementarios incluyen de manera enunciativa más no limitativa: transporte, tratamiento, suministros y servicios médicos en que se incurran durante la repatriación del (los) Asegurado(s).

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

3 REPATRIACION DE RESTOS MORTALES

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la Póliza estando de viaje fuera de su Lugar Habitual de Residencia, a petición de algún familiar o representante de los familiares, la Institución coordinará los servicios razonables y necesarios para el transporte de los restos del (los) Asegurado(s) al Lugar Habitual de Residencia que hubiera tenido en vida.

Los gastos del servicio estarán topados hasta el límite indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado e incluyen:

- a) Recolección del cuerpo (ciudad origen donde se encuentra el cuerpo).
- b) Trámites para la salida del país (ciudad destino).
- c) Preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia.
- d) Férretro hermético básico para la repatriación.
- e) Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- f) Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- g) Transporte aéreo del cuerpo desde la ciudad origen al destino.

Para poder proceder con la Repatriación de Restos es necesario que el cuerpo se encuentre liberado, esto significa que no esté detenido por ningún gobierno local o federal o alguna institución gubernamental competente.

Si el cuerpo está liberado, se deberá contar con la documentación legal y la información requerida para que la Institución pueda gestionar la repatriación de restos. Esta documentación deberá de ser presentada por el familiar o representante acreditado de los familiares cuando solicite el servicio.

Los costos que se deriven y superen el gasto máximo contratado serán pagados por el familiar o representante acreditado del difunto asegurado. El uso de los servicios de la repatriación de restos implica la conformidad de la familia o representante del difunto asegurado con el seguro contratado. Este servicio no es acumulable ni reembolsable, ni complementaria entre sí. Toda asistencia deberá ser notificada a la Institución para su coordinación y autorización.

El familiar o representante de los familiares del difunto Asegurado deberá proporcionar cualquier documento oficial que demuestre relación con el difunto.

El familiar o representante de los familiares del difunto Asegurado no tendrá derecho al servicio mencionado en este apartado si no cumple con los plazos o documentación solicitada, por lo que deberá de sujetarse a las condiciones previamente establecidas en este documento.

La Institución no será responsable de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas especiales del lugar en que deban prestarse los servicios de repatriación de restos.

4 TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA

A solicitud del Asegurado en caso de Accidente o Enfermedad Grave que ponga en peligro su vida durante su viaje, un médico de la Institución determinará previamente la procedencia de la coordinación y envío de una ambulancia estándar terrestre para el traslado del (los) Asegurado(s) al centro hospitalario más cercano.

Este servicio será proporcionado solo si el (los) Asegurado(s) se encuentra(n) en tierra firme, la cobertura no incluye los gastos incurridos por el traslado de pasajeros de un barco a tierra firme.

Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año hasta el límite indicado en la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave que corresponda según el evento que lo origine.

5 COMPENSACIÓN POR CANCELACIÓN DE VIAJE POR ACCIDENTE, ENFERMEDAD O FALLECIMIENTO

La Institución reembolsará los gastos no recuperados hasta por el límite indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado si previo a la fecha de salida contratada, el (los) Asegurado(s) se ve(n) impedido(s), a juicio de un médico, para realizar el viaje a consecuencia de alguna enfermedad, accidente o fallecimiento sufrido por él mismo o por algún familiar directo.

El reembolso corresponderá a los gastos de viaje contratados y no reembolsables por la Línea Transportista y Prestador de Servicios Turísticos, debiendo el (los) Asegurado(s) comprobar tal situación mediante comprobante médico, la factura correspondiente que le hubiere sido expedida y el documento comprobatorio de gastos no reembolsables expedido por la Línea Transportista y/o Prestador de Servicios Turísticos.

Será indispensable para la procedencia de este reembolso que el (los) Asegurado(s) haya(n) realizado la contratación de la Póliza antes de que inicie el período de cargos de cancelación establecidos por la Línea Transportista y Prestador de Servicios Turísticos, o bien en el momento en que se pague el 100% del viaje, o cuarenta y ocho (48) horas previo a la fecha de la salida contratada con la Línea Transportista.

En caso de cancelación por enfermedad grave del (de los) Asegurado(s) y/o Familiar directo, el Médico Tratante deberá recomendar clínicamente y por escrito la cancelación de su viaje.

El reembolso que efectúe la Institución por cada cancelación de viaje, en ningún caso excederá de la suma asegurada indicada en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.

La vigencia de esta asistencia inicia a partir del momento de la contratación y finaliza al momento de inicio del viaje.

EXCLUSIONES APLICABLES A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Quedan excluidos los países o situaciones siguientes: Cuba, países en conflicto bélico, así como los países sancionados por Estados Unidos y/o la Unión Europea por apoyar al terrorismo o lavado de dinero.

Para la repatriación de restos mortales:

- a) Los servicios funerarios como velación, entierro y otras ceremonias funerarias; así como los gastos relacionados con la inhumación o cremación, flores, ataúd o urna.**
- b) Pagos de derechos administrativos.**
- c) Cuando el familiar acreditado o representante que hayan designado del difunto Asegurado no haya proporcionado información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia.**
- d) Cuando no se acredite la personalidad de la persona fallecida como Asegurado de la Póliza. El Beneficiario o representante que haya designado deberá de presentar identificación oficial con fotografía vigente del difunto asegurado que lo identifique con ese carácter.**
- e) Cuando el Beneficiario o representante que haya designado el difunto Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las condiciones generales.**
- f) Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico y hospitalario es por cuenta del representante acreditado por el Asegurado y queda excluido de esta cobertura.**
- g) Cuando el (los) Asegurado(s) haya(n) participado en actos criminales, siendo el (los) propio(s) Asegurado(s) el(los) agresor(es) principal(es) o secundario(s).**
- h) Enfermedades y auto lesiones (suicidio) y/o lesiones resultantes del intento de suicidio del (de los) Asegurado(s).**
- i) Accidentes producidos por la gestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por gestión de bebidas alcohólicas, si estas circunstancias influyeron en forma directa en la situación de la asistencia.**

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

- j) Los causados por mala fe del (de los) Asegurado(s).**
- k) Liberación del cuerpo y cualquier trámite legal relacionado con las autoridades del país donde fallezca el (los) Asegurado(s).**

Para la Compensación por Cancelación de Viaje por accidente, enfermedad o fallecimiento

- a) La Institución no pagará indemnización alguna que resulte de cualquier tratamiento programado con anticipación relacionado con padecimientos preexistentes, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado(s).**

Las exclusiones aplican tanto para el (los) Asegurado(s) como para los familiares directos en los términos establecidos en la presente Póliza.

VIII. GENERALIDADES

1 CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Contratante, el (los) Asegurado(s) y el Beneficiario tienen la opción de hacer uso de medios electrónicos; para la celebración de servicios y operaciones relacionados con este contrato de seguros y que estén disponibles por la Institución.

Para efecto de lo anterior el Contratante, el Asegurado y el Beneficiario pueden otorgar su consentimiento para aceptar la contratación del uso de Medios Electrónicos, a través de nuestra de página de internet.

Los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos se encuentran disponibles en nuestra página electrónica y pueden ser consultados en www.bbvaseguros.mx

2 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

Para las coberturas Gastos Funerarios, Muerte accidental y Muerte Accidental en Vuelo.

Para el caso de un plan individual y grupal, se determina como beneficiarios del (de los) Asegurado(s) a su cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del (de los) Asegurado(s) por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar un plan familiar, para el caso del Asegurado titular y cónyuge serán beneficiarios de manera recíproca, en ausencia de éstos, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de éstos los padres del titular y en ausencia de estos últimos los padres del cónyuge, según corresponda, por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva; los beneficiarios de los hijos serán los asegurados cónyuges por partes iguales y a falta de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el Asegurado, su cónyuge o cualquiera de los hijos mayores de edad deseen que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento podrán designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución. Si alguno de los beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado o cónyuge o de cualquiera de los hijos mayores de edad, según corresponda, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado o cónyuge o los hijos mayores de edad. Cuando no existan beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del titular.

3 EDAD LIMITE DE ACEPTACIÓN

La edad de aceptación del (de los) Asegurado(s) para la contratación inicial está comprendida entre 0 y 65 años.

Para las coberturas de "Gastos Funerarios", Muerte Accidental" y "Muerte Accidental en Vuelo" la edad de aceptación será a partir de los 18 años y hasta los 65.

4 EDAD FUERA DE LÍMITE

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad (de los) Asegurado(s), 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 (a los) Asegurado(s) la reserva matemática del contrato existente a la fecha de su rescisión.

5 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- Recibir la autorización de la Institución antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto, si fuera imposible comunicarse con la Institución para solicitar la autorización previa, el (los) Asegurado(s) podrá(n) recurrir al servicio médico de urgencia más próximo al lugar donde se encuentre siempre procurando no agravar su situación ni poner en riesgo su vida.
- En todos estos casos el (los) Asegurado(s) deberá(n) comunicar a la Institución la emergencia presentada y la asistencia de cualquier tipo recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de la 24 horas de ocurrido el evento, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.
- Consentir las soluciones propuestas e indicadas por la Institución.
- Facilitar toda la documentación que permita establecer la procedencia del caso, además de todos los comprobantes originales de gastos a su nombre que pudieran ser reembolsables por la Institución, así como toda la información médica, inclusive la generada previa al Viaje que eventualmente le sea necesaria para que la Institución preste sus servicios de manera adecuada.
- Entregar a la Institución todos los boletos de pasaje que posea, en aquellos casos en que se solicite que la Institución se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los boletos de pasajes originales, o cuando la Institución provea la repatriación (de los) Asegurado(s) ya sea en caso de accidente o enfermedad grave o incluso defunción.
- En todos los casos la Institución responderá solamente por la diferencia de tarifa que podría existir cuando correspondiese.
- En situaciones médicas, otorgar el consentimiento escrito para poder revelar la situación clínica a personas diferentes a los familiares directos – padres, cónyuges, hermanos e hijos mayores a 18 años -.

6 CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida (de los) Asegurado(s), posteriores a la contratación del contrato.

7 MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte de la Institución o por parte (de los) Asegurado(s), están denominados en dólares de los Estados Unidos de América (USA); sin embargo, conforme a la Ley Monetaria vigente, las obligaciones se cumplirán entregando el equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectúe el pago.

8 REHABILITACIÓN

Derivado de que el presente contrato de seguro es de corto plazo y la prima del seguro se paga en una sola exhibición, no aplicará rehabilitación.

9 LUGAR DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Institución pagará la indemnización en sus oficinas en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de su reclamación en los términos del capítulo COBERTURA BÁSICA y capítulo COBERTURAS ADICIONALES.

10 PERIODO DEL SEGURO

Las partes convienen en que el Periodo del Seguro contratado será por la cantidad de días que tenga duración el viaje, cuyas fechas de inicio y término se establecen en la carátula de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

11 PRESCRIPCIÓN

Los derechos y obligaciones derivadas del presente contrato prescriben en 5 (cinco) años para las coberturas de Gastos Funerarios, Muerte Accidental y Muerte Accidental por Vuelo, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Para las demás coberturas, la prescripción se efectuará en 2 (dos) años.

La prescripción se interrumpirá además de por causas ordinarias, por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios 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.

12 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 (a los) Asegurado(s) la nueva dirección en la república mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Institución y para cualquier otro efecto legal.

El Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Institución prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Institución cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

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

Durante la vigencia de la Póliza, el (los) Asegurado(s) 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 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

13 MODIFICACIONES Y CANCELACIONES

Las modificaciones a este contrato de seguro serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Institución y el Contratante ya sea que el (los) Asegurado o Contratante se presente(n) directamente en las oficinas de la Institución o a través de medios electrónicos mediante el uso de claves y contraseñas de uso exclusivo del (de los) Asegurado(s) 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 podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

Como consecuencia de la cancelación del presente contrato, previo al inicio de vigencia especificado en la carátula de la Póliza, se aplicará una penalización en la devolución de la prima pagada, equivalente al 40% de la prima correspondiente a los Servicios de Asistencia. A continuación, se especifica el porcentaje de devolución de la prima pagada por modalidad de contratación y plan contratado:

	% Devolución de prima pagada	
	Integral	Plus
Individual	85.2%	88.3%
Familiar	82.1%	85.7%
Grupal	80.8%	84.7%

Una vez iniciada la vigencia del presente contrato, la cancelación se hará efectiva a solicitud del Contratante o Asegurado, **sin devolución de prima.**

14 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.

- Internet o cualquier otro medio electrónico.
- 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.
- En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

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.

Cuando el Asegurado solicite la cancelación del presente seguro, en caso de que le corresponda, tendrá derecho al pago de la prima pagada no devengada. La devolución de la prima será generada a más tardar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se haya recibido la solicitud de cancelación.

15 AVISO DEL SINIESTRO

El Contratante, Asegurado(s) y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la Institución, dentro de los 5 (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 los artículos 66 y 76, ambos, de la **Ley sobre el Contrato de Seguro.**

16 COMPROBACION

En caso de reclamación por siniestro, el (los) beneficiario(s) deberá(n) presentar ante la Institución las formas de declaraciones 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 y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener, las cuales se describen de manera enunciativa y no limitativa, como son:

- Certificado de defunción
- Copia certificada del acta de defunción
- Actuaciones del Ministerio Público completas en caso de fallecimiento por accidente
- Resumen clínico expedido por el médico que atendió al Asegurado en caso de fallecimiento a consecuencia de una enfermedad

Adicionalmente, para las coberturas:

- Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)
- Reembolso de Gastos Médicos por accidente o enfermedad grave (GM)

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

- Gastos Odontológicos de Emergencia Dental (ED) – LUC con la cobertura Reembolso de Gastos Médicos por accidente o enfermedad grave.

Será necesario presentar una identificación oficial del asegurado

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.

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

17 RECTIFICACIÓN

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el (los) Asegurado(s) podrá(n) pedir la rectificación correspondiente dentro de los (30) treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

18 INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Institución no cumpla con las obligaciones asumidas en este contrato al momento de hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a los establecido en el artículo 276 de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

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 trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

19 COMPETENCIA

En caso de controversia, el (los) Asegurado(s) 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.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

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.

20 ENTREGA DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL

La Institución está obligada a entregar al Asegurado y/o Contratante, la documentación contractual en la que consten derechos y obligaciones del seguro a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera presencial
2. Solicitando dicha documentación a través de Servicio de Atención a Clientes (SAC)
3. Envío al domicilio del contratante por los medios que la Institución utilice para tal efecto.
4. Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el Asegurado y/o Contratante, previo consentimiento del Contratante y/o Asegurado, dicho envío se realizará en formato PDF (portable document format) o cualquier otro formato equivalente.

El Asegurado y/o Contratante podrá al momento de la contratación o través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose desde cualquier parte de la república al (55) 1102 0000 o enviando un correo electrónico: bbvaseguros.mx@bbva.com

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 3, 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 numeral 4, la Institución 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 Institución procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío.

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 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 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, a través del medio elegido por el Asegurado y/o Contratante.

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 Institución, 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: bbvaseguros.mx@bbva.com

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

La Institución 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.

21 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 clausula 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**)

22 CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DE 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.

23 COMISIONES DE INTEMEDIARIOS.

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado o Contratante 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Viaje

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)

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

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 se tienen como asegurado, al momento de adquirir una 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 obtenerla ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bbvaseguros.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas.

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

- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora si hay retraso en el pago de la suma asegurada.
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en cualquiera de sus delegaciones estatales.

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

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

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

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Mariano Escobedo 303 PB, (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto) Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México, Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México).

**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 9 de septiembre de 2021, con el número CNSF-S0079-0235-2021/CONDUSEF-005024-02”

Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso de un siniestro, ten a la mano tu Póliza y marca este número desde cualquier parte del mundo:

800 890 8986

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año

Centro de Servicio al Cliente

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

Asesoría en línea de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs. en

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

Correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com

Folleto de Asistencias en tu Seguro de Viaje

Folleto de asistencias incluidas

Seguro de Viaje

I. ALCANCE DE LA ASISTENCIA

De acuerdo al plan contratado, el límite de suma asegurada (SA) y condiciones para cada servicio de asistencia será de acuerdo con lo siguiente:

Servicio de Asistencia	Plan Plus
a) Gastos de hotel por convalecencia	hasta 120 X 10 días
b) Repatriación sanitaria del Asegurado	hasta 20,000
c) Repatriación de restos mortales	hasta 10,000
d) Traslado médico de emergencia	Incluido hasta el límite indicado en la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave
e) Compensación por cancelación de viaje, por accidente, enfermedad o fallecimiento	hasta 1,000

Servicio de asistencia	Plan plus
1. Acompañamiento de menores	SA: Hasta 300 USD (100 USD x 3 días) + vuelo en clase económica
2. Compensación por interrupción de viaje	SA: Hasta 2,500 USD
2.1 Regreso anticipado por convalecencia, accidente o enfermedad grave, fallecimiento o siniestro grave en domicilio	SA: Límite único combinado con la cobertura, compensación por interrupción de viaje
3. Localización de equipaje	Incluido
4. Servicios de asistencia en el hogar	Incluido
5. Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
6. Servicios de viaje y concierge	Incluido
7. Asesoría en la recuperación de documentos personales	Incluida
8. Asistencia médica telefónica	Incluida
9. Asistencia legal por responsabilidad civil privada y familiar en el extranjero	SA: Hasta 10,000 USD
10. Compensación por robo o extravío de equipaje personal	SA: Hasta 5,000 USD
11. Compensación por daño a equipaje personal	SA: Hasta 2,500 USD
12. Compensación por demora a equipaje personal	SA: Hasta 500 USD
13. Compensación por demora de viaje	SA: Hasta 500 USD

Para los servicios de asistencia: Compensación por interrupción de viaje, regreso anticipado por convalecencia, accidente o enfermedad grave, fallecimiento o siniestro en domicilio, asistencia legal por responsabilidad civil privada y familiar en el extranjero, compensación por robo o extravío de equipaje personal, compensación por daño a equipaje personal, compensación por demora de equipaje personal, y compensación por demora de viaje, el monto del límite de responsabilidad será el indicado para la vigencia de la Póliza y no tendrá reinstalación automática.

Para el servicio de asistencia: Acompañamiento de menores, estará sujeto a un solo evento durante la vigencia del seguro.

Para los servicios de asistencia: Localización de equipaje, servicios de asistencia en el hogar, transmisión de mensajes urgentes, servicios de viaje y concierge, y asesoría en la recuperación de documentos personales, la asistencia será ilimitada bajo uso razonable de la naturaleza del servicio.

1. Acompañamiento de menores

En caso de que el (los) Asegurado(s) viaje(n) acompañado(s) y como único responsable de menores de 16 años y a causa de haber sufrido un accidente o enfermedad grave cubierta lo imposibilite para hacerse cargo de los menores, a solicitud del propio Asegurado, la Institución coordinará el desplazamiento ida y vuelta (viaje redondo) de un familiar acreditado (mayor de 18 años de edad) en caso de que no hubiera una persona para que acompañe a los menores hasta el lugar de residencia habitual del Asegurado.

Los servicios consistirán de la siguiente forma:

- a) Se coordinará el medio de transporte, ida y vuelta (redondo), en clase económica para el familiar acreditado.
- b) Este servicio está limitado a 1 (un) solo boleto de viaje.
- c) Incluye hospedaje (hasta un máximo de 3 noches) y alimentación únicamente para el familiar acreditado que vaya a acompañar a los menores hasta por los límites contratados, de acuerdo a lo indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.
- d) En caso de que no hubiera un familiar acreditado mayor de edad para acompañarlos, la Institución gestionará y en su caso cubrirá, los servicios de una persona (personal de la aerolínea) para acompañar a los menores hasta el lugar habitual de residencia del Asegurado. En este caso no aplica para hospedaje ni gastos de alimentación.

2. Compensación por interrupción de viaje

La Institución reembolsará los gastos no recuperados, hasta por el límite indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado, si el (los) Asegurado(s) se ve(n) obligado(s) a interrumpir su viaje a consecuencia de alguna enfermedad, accidente o fallecimiento sufrido por el mismo o por algún familiar directo o por la ocurrencia de un siniestro grave en domicilio.

La indemnización corresponderá a los gastos de viaje contratados no utilizados y no reembolsables por la línea aérea transportista y/o prestador de servicios turísticos, debiendo el (los) Asegurado(s) comprobar tal situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida. Así mismo, la Institución pagará el boleto de regreso a su lugar habitual de residencia.

Un médico deberá recomendar clínicamente la interrupción de su viaje, debido a la gravedad del (los) Asegurado(s) o familiar directo. En caso de fallecimiento deberá de acreditarse con la documentación legal expedida por la autoridad competente.

La indemnización que efectúe la Institución por cada interrupción de viaje, en ningún caso excederá de la suma asegurada de acuerdo con el plan contratado.

2.1 Regreso anticipado por convalecencia, accidente y enfermedad grave, fallecimiento, o siniestro grave en domicilio

En caso de que el (los) Asegurado(s) o un familiar directo sufriera(n) un accidente o enfermedad grave, fallecimiento o se presentará un siniestro grave en el domicilio declarado del Asegurado, la Institución se encargará de gestionar los trámites para retornar al (a los) Asegurado(s) a su lugar habitual de residencia.

Los límites y criterios de procedencia serán los establecidos en la cobertura del punto anterior de compensación por interrupción de viaje señalada en la Póliza.

Folleto de asistencias incluidas

Seguro de Viaje

3. Localización de equipaje

La Institución asesorará al (a los) Asegurado(s) en la denuncia por robo o extravío de su equipaje personal o efectos personales siempre y cuando hayan sido documentados en la línea transportista en la que viaja el Asegurado. En caso de recuperación del equipaje, la línea transportista dará aviso al (a los) Asegurado(s) para que éste(os) lo recupere(n) con el seguimiento de la Institución.

4. Servicios de asistencia en el hogar

Cuando el (los) Asegurado(s) se encuentre(n) de viaje y su hogar, habitado por sus familiares directos, sufra de emergencias relacionadas con instalaciones eléctricas, plomería, cerrajería y albañilería, la Institución le apoyará con la búsqueda de proveedores disponibles en su zona y la coordinación de visitas para efectuar la reparación. Los costos derivados de la visita y reparación correrán a cargo del Asegurado.

Los servicios serán atendidos a consecuencia de:

a) Servicios de instalaciones eléctricas:

- Restablecimiento del servicio de energía eléctrica por causa de un corto circuito cuando la falla se origine en el interior del inmueble (casa, departamento, para uso habitacional) y que corresponda al hogar permanente del (de los) Asegurado(s).
- Reparación o cambio de tableros eléctricos, switches de cuchillas, interruptores (breakers) o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, solo en aquellas partes que pertenezcan a la instalación eléctrica del propio inmueble (casa, departamento, para uso habitacional) y que corresponda al hogar permanente del (de los) Asegurado(s).

Nota: No incluye la reparación de ningún aparato o equipo que funcione con energía eléctrica, ni reposición de accesorios (lámparas, luminarias, balastos, focos, etc.).

b) Servicios de plomería: Se consideran dentro de estos servicios las fallas por rotura o fuga en las instalaciones hidráulicas y sanitarias que requieran reparación de emergencia por causar daño al hogar permanente (casa, departamento, para uso habitacional), del (de los) Asegurado(s).

c) Cerrajería: Reparación y/o apertura de chapas y cerraduras dañadas por descompostura, accidente o robo en las puertas exteriores de acceso al hogar permanente del (de los) Asegurado(s) (casa, departamento, para uso habitacional) y que atenten contra la seguridad del lugar.

d) Albañilería: Se realizarán solo aquellos trabajos que sean consecuencia de un servicio de emergencia prestado por servicios previos de electricidad, plomería y cerrajería, siendo estos los siguientes:

- Demoliciones y/o aperturas de ranuras y huecos para descubrir tuberías de agua, drenajes o electricidad.
- Resanes de ranuras y huecos con aplanados de cemento, yeso o pasta en paredes, pisos y losas.
- Colocar y fijar muebles de baño, fregaderos y lavaderos, cuando se presente un cambio obligado de emergencia por fractura o desprendimiento por accidente, en estos trabajos se incluye el desmantelamiento o retiro del mueble dañado.

Nota: No se incluyen como trabajos de emergencia los recubrimientos finales de pisos, paredes y techos como son losetas, azulejos, mosaicos, mármol, tapiz, pintura, materiales de barro, acabados en madera, etc.

e) Vidriería: Cambio de vidrios rotos en puertas y ventanas que den a la calle y atenten contra la seguridad del hogar permanente del Asegurado (casa o departamento, para uso habitacional)

f) Fugas de gas: Se brindará apoyo telefónico para reportar a las autoridades las fugas de gas LP o natural, así como asesoría en cuanto a las acciones emergentes a seguir.

5. Transmisión de mensajes urgentes

A solicitud del (de los) Asegurado(s) durante su viaje, se realizará la transmisión de mensajes urgentes derivados de una situación de emergencia, esto será por medio telefónico a la persona a contactar que indique el mismo Asegurado. En caso de no encontrar a la persona en cuestión, se efectuarán los intentos adicionales necesarios para entregar el mensaje de emergencia.

6. Servicios viaje y concierge

A solicitud del (de los) Asegurado(s) durante su viaje, la Institución le proporcionará asistencia telefónica de concierge en:

- a) Viajes:
 - Recomendaciones y reservaciones de vuelos, hoteles, cruceros y excursiones, paseos y tours.
 - Reservas y arreglos para alquilar vehículos (incluyendo automóviles de lujo), helicópteros y yates.
- b) Entretenimiento y experiencias:
 - Recomendaciones y reservaciones para teatros, ópera, ballet, conciertos, museos, eventos culturales y deportivos a nivel nacional e internacional.
 - Recomendaciones y reservaciones en restaurantes.
 - Información y reservas para disfrutar de la vida nocturna.
 - Excursiones y visitas a lugares de interés.
 - Recomendaciones, horarios y reservas de canchas de tenis, campos de golf, gimnasios y clubes deportivos.
 - Información sobre los deportes especiales que se pueden practicar en el destino donde se encuentre el Asegurado.
- c) Regalos y compras:
 - Sugerencias e ideas para regalos.
 - Envío de arreglos florales, globos, canastas y paquetes de regalo.
 - Localización de artículos difíciles de encontrar (dentro de lo posible).
 - Información sobre los mejores lugares para comprar.
 - Asistencia con compras personales.

Los gastos derivados de estos servicios estarán a cargo del (de los) Asegurado(s) y estarán disponibles durante el viaje del Asegurado las 24 horas del día, los 365 días del año.

7. Asesoría en la recuperación de documentos personales

En caso que el (los) Asegurado(s) pierda(n) o le sean robados sus documentos de identificación se le dará asistencia para poder recuperarlos. En caso de que su boleto de avión haya sido perdido o robado, se le contactará con la compañía aérea o de viaje. Se le brindará asistencia telefónica informativa sobre a qué autoridades acercarse para que el (los) Asegurado(s) pueda(n) volver a tramitar sus documentos perdidos.

8. Asistencia médica telefónica

A solicitud del Asegurado y durante su viaje, la Institución le proporcionará referencias médicas, hospitales y prestadores de servicios médicos dentro de su red de proveedores.

El Asegurado podrá solicitar la coordinación de una cita con un médico general u hospital, está última gestionará la cita con costo preferencial para el Asegurado siempre que en su red médica de proveedores se encuentre disponible un médico donde lo requiera el Asegurado.

Este servicio se proporcionará las 24 horas del día, los 365 días del año con costo preferencial para el Asegurado, quien realizará el pago directo al proveedor de servicios médicos.

En caso que el Asegurado requiera de asistencia psicológica, la Institución proveerá servicios de asistencia vía telefónica, sobre apoyo psicológico a consecuencia de un accidente, de estados depresivos leves, y problemas de adicciones en grado no avanzado. Bajo ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico, recomendación de medicamentos ni receta médica.

Esta asistencia se proporcionará de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs (horario de la Ciudad de México), sin límite en el número de llamadas, pero hasta un máximo de 15 minutos por llamada, pasado dicho tiempo, se le recomendará al Asegurado consultar a un psicólogo de manera personal con costo preferencial siempre que esté disponible en el lugar dónde se encuentre el Asegurado.

Folleto de asistencias incluidas

Seguro de Viaje

9. Asistencia legal por responsabilidad civil privada y familiar en el extranjero

La Institución cubrirá los gastos de defensa incurridos por el (los) Asegurado(s) con el consentimiento por escrito del mismo, derivados de cualquier juicio presentado en contra del mismo, generado por la responsabilidad civil en que incurra. Los gastos máximos de defensa del Asegurado serán por hasta el 50% del límite máximo de responsabilidad indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado, de acuerdo al plan contratado.

Adicionalmente, la Institución reembolsará aquellas cantidades que el Asegurado llegue a estar legalmente obligado a pagar, por la reparación del daño, en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros o daños a bienes de terceros que cause por actos u omisiones propios, no dolosos, durante un viaje cubierto que tenga lugar durante la vigencia de este seguro.

Solo aplica para Asegurados cuyas edades mínimas y máximas estén comprendidas entre 18 años cumplidos y 65 años respectivamente.

El pago de los gastos de defensa del (de los) Asegurado(s) incluye limitativamente lo siguiente:

- a) El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el (los) Asegurado(s) deba(n) otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por este contrato de seguro. En consecuencia, no se consideran comprendidas dentro de las obligaciones que la Institución asuma bajo este contrato, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el (los) Asegurado(s) alcance(n) su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.
- b) El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el (los) Asegurado(s) por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
- c) El pago de los gastos en que incurra el (los) Asegurado(s), con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

El límite de suma asegurada que se contrata para este servicio es un límite agregado para todas las pérdidas que ocurrieran durante la vigencia de este contrato, por lo que cada indemnización que la Institución pague, disminuirá la suma asegurada que ha contratado para este servicio de responsabilidad civil y se pagarán indemnizaciones hasta que se agote el monto establecido como límite.

Para que esta asistencia tenga efecto, el (los) Asegurado(s) no deberá(n) de realizar ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Institución.

Si la Institución lo considera necesario, ésta asumirá y conducirá la defensa o la presentación de cualquier reclamación y/o juicio interpuesto en contra del (de los) Asegurado(s) con el propósito de apersonarse en dicho procedimiento.

El (los) Asegurado(s) coadyuvará(n) con la Institución en su defensa o en el seguimiento de cualquier reclamación y/o juicio, proporcionando oportunamente cualquier información y documentos que tenga disponibles para su defensa.

10. Compensación por robo o extravío de equipaje personal

La Institución pagará al (a los) Asegurado(s) si su equipaje registrado es robado o extraviado totalmente mientras esté bajo custodia de una línea transportista utilizada por el pasajero, operador turístico u hotel hasta por el límite máximo indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA, de este apartado de acuerdo al plan contratado sin importar el número, cantidad o volumen de equipaje registrado.

El periodo de espera para dictaminar la pérdida de equipaje registrado será de quince (15) días naturales contados a partir de la fecha de notificación formal de la pérdida. El (los) Asegurado(s) deberá de contar con el comprobante de custodia del equipaje expedido por la línea transportista, operador turístico u hotel, así como el escrito expedido por estas entidades donde se certifique la descripción y pérdida del equipaje.

El robo o el extravío del equipaje, deberá de ocurrir durante la vigencia de la Póliza.

No se considera pérdida de equipaje registrado la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública, ni por el transporte de contrabando o comercio ilegal.

El pago máximo que efectuará la Institución por el total del equipaje registrado robado o extraviado no excederá el límite máximo indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA, de este apartado de acuerdo al plan contratado.

11. Compensación por daño a equipaje personal

La Institución pagará al (a los) Asegurado(s), si su equipaje registrado es dañado (una o varias maletas, incluye artículos personales, maletas, maletines y porta trajes) mientras esté bajo la custodia de la línea aérea transportista utilizada por el Asegurado. El pago máximo que efectuará la Institución por el total del equipaje dañado, será hasta el límite máximo indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado, de acuerdo al plan contratado sin importar el número, cantidad o volumen de equipaje registrado.

El monto a pagar por el daño del equipaje, será el equivalente a su valor de mercado a la fecha en que acontezca el siniestro, menos una deducción correspondiente a su depreciación y su desgaste ocasionado por su uso normal y de acuerdo a las políticas de valuación e indemnización de la Institución.

Para que esta cobertura opere, deberá de suceder lo siguiente:

- a) Que el equipaje fuese registrado por el (los) Asegurado(s) en el mismo vuelo en el que él mismo viajaba.
- b) Que el (los) Asegurado(s) presente(n) el reporte y reclamación de daño de equipaje generado por la línea aérea transportista.
- c) Que el (los) Asegurado(s) presente el inventario específico de equipaje y objetos dañados reclamados a la línea transportista, junto con el importe reclamado y pagado por esta última.

12. Compensación por demora a equipaje personal

La Institución reembolsará al Asegurado la cantidad que haya gastado en comprar artículos de primera necesidad personal y que sean necesarios para pasar la noche sin su equipaje, sin exceder el límite indicado en ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado, de acuerdo al plan contratado siempre que la entrega del equipaje registrado que contenga los artículos de primera necesidad del (de los) Asegurado(s) se retrasé más de 12 (doce) horas contadas a partir del momento en que arribe al destino de su viaje señalado en el boleto correspondiente.

Si posteriormente se determina que el equipaje registrado se ha perdido o ha sido robado, cualquier indemnización efectuada por concepto de esta cobertura será reducida de la indemnización correspondiente a la cobertura de robo o extravío de equipaje personal contratada. De igual forma se disminuirá el monto que la línea transportista efectúe a (a los) Asegurado(s) por este evento.

La Institución pagará al (a los) Asegurado(s), mediante reembolso, los gastos incurridos por la compra razonable de artículos de primera necesidad (ropa básica; calzado de descanso, y artículos de higiene personal) para su uso hasta que su equipaje registrado llegue o hasta el límite de la suma asegurada. Los artículos y gastos deberán de ser razonables al tiempo de retraso de dicho equipaje.

Para que esta cobertura opere, deberá de suceder lo siguiente:

- a) Que el equipaje registrado se haya retrasado durante su transporte por la línea transportista en vuelo regular.
- b) Que el equipaje fuese registrado por el (los) Asegurado(s) en el mismo vuelo en el que viajaba.
- c) Que el equipaje registrado haya sido reportado como retrasado ante la línea transportista responsable.
- d) Que el (los) Asegurado(s) no haya recibido un aviso preventivo por parte de la línea aérea transportista de posible demora de equipaje al momento de documentarse, como consecuencia de condiciones controladas que pudieran causar dicha demora.

Folleto de asistencias incluidas

Seguro de Viaje

El pago máximo que efectuará la Institución por el total del equipaje registrado demorado, no excederá la suma asegurada indicada en ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado, sin importar el número, cantidad o volumen de equipaje registrado.

Para hacer la reclamación será necesario que el Asegurado presente los documentos originales de las facturas o notas de compra con los requisitos fiscales que correspondan, mismo que deberá tener desglosados los artículos comprados, así como el documento expedido por la aerolínea que ampare la demora del equipaje registrado.

13. Compensación por demora de viaje

La Institución reembolsará al (a los) Asegurado(s) los gastos por concepto de comida, alojamiento y transporte en caso de que su viaje incurra en una demora mientras es pasajero de una línea transportista.

El reembolso se efectuará siempre y cuando:

- a) La demora ocurra durante la vigencia de la cobertura.
- b) La demora sea mayor de 12 (doce) horas y sea originada por huelga, secuestro del vehículo, falla del vehículo, caso fortuito o fuerza mayor que afecte al vehículo marítimo, terrestre o aéreo, o bien, a la línea transportista en la cual, el Asegurado se encuentre registrado para viajar.
- c) La línea transportista certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.

Para este servicio la Institución pagará hasta un máximo de 10 (diez) días naturales o hasta agotar el límite máximo señalado para el mismo.

Este servicio no tendrá efecto cuando la demora de viaje se deba a causas que se hayan hecho públicas o que se hayan hecho del conocimiento del Asegurado, 24 (veinticuatro) horas previas a la salida de su viaje.

EXCLUSIONES APLICABLES A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Quedan excluidos los países o situaciones siguientes: Cuba, países en conflicto bélico, así como los países sancionados por Estados Unidos y/o la Unión Europea por apoyar al terrorismo o lavado de dinero.

Para la asistencia legal por responsabilidad civil en viajes en el extranjero:

- a) **Cualquier responsabilidad generada por actos y juicios dentro del territorio nacional.**
- b) **Responsabilidades ajenas, en las que el (los) Asegurado(s), por convenio o contrato, se comprometa a la sustitución del obligado original, para reparar o indemnizar eventuales y futuros daños a terceros en sus personas o en sus propiedades.**
- c) **Responsabilidades y/o daños ocasionados a terceros por los productos fabricados, entregados o suministrados por el Asegurado o bien por los trabajos ejecutados.**
- d) **Responsabilidades y/o daños originados por contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelo, subsuelo o bien por ruidos.**
- e) **Responsabilidades y/o daños ocasionados a bienes propiedad de terceros que:**
 - **Estén en posesión del (de los) Asegurado(s) por depósito, custodia o por disposición de autoridad.**
 - **Estén en poder del (de los) Asegurado(s) en arrendamiento, subarriendo o comodato.**

- f) Responsabilidades y/o daños ocasionados por reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- g) Responsabilidades y/o daños causados con motivo de obras, construcciones, ampliaciones o demoliciones.
- h) Responsabilidades como consecuencia de extravío de bienes o robo.
- i) Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos terrestres de motor.
- j) Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente o con complicidad y/o participación del asegurado o sus representantes o empleados.
- k) Responsabilidades imputables al (a los) Asegurado(s), de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social, cualquier disposición complementaria de dichas leyes y, leyes, reglamentos y normas laborales, incluyendo cualquier daño a empleados, dependientes, factores o representantes (de los) Asegurado(s).
- l) Responsabilidad civil y profesional por las acciones u omisiones propias en el ejercicio de la profesión u oficio (de los) Asegurado(s).
- m) Culpa grave o negligencia inexcusable de la víctima.
- n) Garantía de los productos que el (los) Asegurado(s) comercialice(n), incluyendo daños genéticos a personas o animales.
- o) Pérdidas, daños, destrucción, distorsión, borrado, corrupción o alteración de información electrónica causados por un virus de computadora o la falla de una red externa o la pérdida de uso, reducción en la funcionalidad, costos o gasto de cualquier naturaleza resultante de ellos, sin tener en cuenta cualquier otra causa o evento contribuyente, concurrente o en cualquier secuencia de la pérdida.
- p) Cualquier reclamación que sea resultado del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedad de transmisión sexual sufrida por (de los) Asegurado(s).
- q) La obligación (de los) Asegurado(s) bajo leyes laborales, incluyendo beneficios de incapacidad.
- r) Responsabilidad (de los) Asegurado(s) como patrón. Lesiones físicas a un empleado (de los) Asegurado(s).
- s) Si se ocasionan lesiones físicas o daños que se deriven por la transportación de equipo móvil (que no estén sujetos al automóvil ej; laptops, tablets, celulares, radios de comunicación, etc.) por un automóvil que sea propiedad u operado o rentado a cualquier Asegurado(s). Lesiones físicas o daños que se deriven de uso de equipo móvil para cualquier carrera de velocidad demolición o actividad de doblaje.
- t) Responsabilidades derivadas por cualquier enfermedad o virus contagioso (de los) Asegurado(s).
- u) Adeudos, transacciones, convenios u otro acto jurídico que implique reconocimiento de responsabilidad del asegurado sin consentimiento de la compañía.

Para la compensación por cancelación, interrupción o demora de viaje:

- a) La Institución no pagará indemnización alguna que resulte de cualquier tratamiento programado con anticipación relacionado con padecimientos

Folleto de asistencias incluidas

Seguro de Viaje

preexistentes, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.

Para la compensación por pérdida de equipaje registrado:

- a) Pérdidas o robos parciales de cualquier tipo.**
- b) Este seguro no ampara las pérdidas totales o parciales que resulten de:**
 - Expropiación por cualquier gobierno o aduanas, la ruptura de cualquier tipo de cámara, materiales e instrumentos de trabajo musicales, radios y bienes similares, objetos de arte y de difícil reposición, joyas, equipo electrónico, equipaje no registrado en la línea transportista y equipajes confiscado o destruido por aduanas o agencia del gobierno.**

Las exclusiones aplican tanto para el (los) Asegurado(s) como para los familiares directos en los términos establecidos en la presente Póliza.

Para la compensación por daño de equipaje:

- a) Acto intencional.**
- b) Defectos de materiales o mano de obra.**
- c) Daño provocado por el desgaste natural y/o las condiciones atmosféricas o climáticas.**
- d) La pérdida o el daño debido a la demora, confiscación o detención por parte de la aduana u otra autoridad.**
- e) Equipo deportivo o cualquier objeto frágil reportado como equipaje cuando su transportación sea inadecuada para este tipo de artículos.**