

Respaldo Seguro Bancomer para Hospitalización

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. COBERTURAS _____ 4

III. PRIMAS _____ 7

IV. VIGENCIA _____ 8

V. GENERALIDADES _____ 8

CLÁUSULA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL _____ 12

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO _____ 14

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 3 de febrero de 2006, con el número CNSF-S0079-0569-2005/CONDUSEF-000482-01”.

I. DEFINICIONES

1. Institución

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

2. Titular

Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato y se compromete a realizar el pago de la prima.

3. Cónyuge

Es aquella persona legalmente casada con el titular o unida a éste por concubinato.

4. Dependientes económicos

Se consideran dependientes económicos del titular sus hijos menores de 25 años que no perciban ingresos por trabajo propio.

5. Asegurado

Se considera como Asegurado el titular de la Póliza, y también podrán considerarse como Asegurados el cónyuge y los dependientes económicos del titular, siempre y cuando éstos aparezcan mencionados en la carátula de la Póliza y el titular haya contratado la cobertura respectiva.

6. Beneficiarios

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

En caso de contratar la cobertura conyugal, el beneficiario del Asegurado cónyuge de que se trate será el otro Asegurado; en ausencia de ambos, serán beneficiarios los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar la cobertura familiar, para el caso de los cónyuges serán beneficiarios los señalados en la cobertura conyugal, y los beneficiarios de los dependientes económicos serán los Asegurados cónyuges por partes iguales, y a falta de uno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el titular o el cónyuge o cualquiera de los dependientes económicos 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 titular o cónyuge o de cualquiera de los dependientes económicos, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el titular o cónyuge o dependientes económicos mayores de edad.

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

7. Accidente amparado

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

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, así como sus complicaciones o secuelas, se considerarán como provenientes de un solo accidente. No se considerarán accidentes

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado o por un tercero con el consentimiento del Asegurado.

8. Enfermedad amparada

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

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

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

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

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

II. COBERTURAS

1. Cobertura individual

Bajo esta cobertura quedará Asegurado únicamente el titular con la suma asegurada indicada para cada beneficio en la carátula de la Póliza.

2. Cobertura conyugal

Si así lo ha indicado el titular en la solicitud de seguro respectiva, se incluirán como Asegurados en esta Póliza el titular y su cónyuge, quedando Asegurados ambos con una suma asegurada independiente indicada en la carátula de la Póliza para cada beneficio.

3. Cobertura familiar

Si así lo ha indicado el titular en la solicitud de seguro respectiva, se incluirán como Asegurados en esta Póliza el titular, cónyuge y los dependientes económicos, o al titular y los dependientes económicos, quedando Asegurados todos con una suma asegurada independiente indicada en la carátula de la Póliza para cada beneficio. Bajo esta cobertura, sólo podrán quedar Asegurados como máximo hasta 5 hijos del titular.

4. Suma asegurada

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para cada beneficio, estará nominada en moneda nacional conforme a lo establecido en el numeral 4. Moneda, cláusula V. GENERALIDADES.

5. Beneficio de apoyo para gastos funerarios

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

Si al ocurrir el fallecimiento de algún dependiente económico del titular, éste fuera menor de 12 años, la Institución estará obligada únicamente a la devolución de las primas que por este beneficio se hayan pagado en los términos de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

6. Exclusiones del beneficio de apoyo para gastos funerarios

En caso de fallecimiento del o los Asegurados por suicidio, verificado dentro de los dos años siguientes al inicio de vigencia o de la última rehabilitación de esta Póliza, la Institución únicamente pagará a los Beneficiarios el importe del valor de la reserva

matemática correspondiente a la fecha en que ocurriera el fallecimiento quedando liberada de toda obligación derivada de este contrato.

7. Beneficio de apoyo para gastos por hospitalización

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, el o los Asegurados requieren tratamiento médico o quirúrgico y son internados en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Institución pagará la suma asegurada estipulada en la carátula para este beneficio, aplicando el deducible que se indica en el numeral 8. Deducible de esta cláusula.

Este beneficio operará a partir del periodo de carencia, establecido en el numeral 15. Periodo de carencia de esta misma cláusula.

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

8. Deducible

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

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

9. Tratamiento médico

Es aquel que, debido al estado de salud de la persona, requiere de estancia hospitalaria por espacio mayor a 48 horas dentro de un hospital. No está considerada la estancia en el área de urgencias en un hospital como tratamiento médico que aplique al Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización.

10. Tratamiento quirúrgico

Es toda intervención quirúrgica que requiera un internamiento hospitalario para la atención de un padecimiento mayor a 24 horas y que requiera la intervención de un equipo quirúrgico incluyendo la atención anestésica.

11. Hospitalización

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

12. Hospital

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

13. Reinstalación de suma asegurada

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

14. Periodo máximo de beneficio

El número máximo de padecimientos a cubrir para cada Asegurado serán dos por año de vigencia de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

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

15. Periodo de carencia

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

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

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

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

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

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

Asimismo, se cubren padecimientos congénitos para los nacidos dentro de la vigencia de la Póliza con un periodo de espera de 15 días.

17. Exclusiones del beneficio de apoyo para gastos por hospitalización

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

- a) Intento de suicidio.**
- b) Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquico nervioso o Alzheimer.**
- c) Embarazo, parto, cesárea o aborto.**
- d) Control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.**
- e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones.**
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- g) Tratamientos o cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.**
- h) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso.**
- i) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.**
- j) Tratamientos relacionados con diálisis.**

- k) **Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.**
- l) **Padecimientos de nariz y senos paranasales.**
- m) **Tratamientos ambulatorios.**
- n) **Atención médica en el servicio de urgencias del hospital.**
- o) **Padecimientos congénitos, excepto para los nacidos dentro de la vigencia de la Póliza con un periodo de espera de 15 días.**
- p) **Accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades peligrosas o trabajos riesgosos, tales como:**
 - 1. **Participar en actos de guerra, rebelión, riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.**
 - 2. **Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica y espeleología.**
 - 3. **Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia.**
 - 4. **Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.**
 - 5. **Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.**

18. Comprobación

Para que la Institución pague la suma asegurada del Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización, el o los Asegurados deberán presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así como los documentos médicos relacionados con la reclamación que hagan constar los días de hospitalización.

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

III. PRIMAS

1. Importe de la prima

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

2. Vencimiento de la prima

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

3. Lugar de pago de primas

El titular deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas en las oficinas de la Institución contra la entrega del recibo correspondiente.

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el titular; en este caso, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

4. Pago fraccionado de primas

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

5. Periodo de gracia

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

IV. VIGENCIA

1. Inicio de vigencia

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

2. Terminación del seguro

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

- a) En la fecha de término del periodo contratado que se estipula en la carátula de la Póliza.
- b) Al aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquel en que el titular o cónyuge cumpla 70 años de edad.
- c) En el caso a que se refiere el numeral 5. Periodo de gracia, cláusula III. PRIMAS.

V. GENERALIDADES

1. Edad límite de aceptación

La edad de aceptación tanto del titular como del cónyuge para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 70 años, con renovación automática hasta los 70 años. En el caso de los dependientes económicos, la edad de aceptación estará comprendida entre 0 y 25 años, con renovación automática hasta los 25 años.

2. Edad fuera de límite

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

3. Edad

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Institución pruebas fehacientes de su edad, la Institución lo anotará en la Póliza o en el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por la muerte del Asegurado. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las siguientes reglas:

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

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicará la tarifa que haya estado en vigor al tiempo de celebración del contrato.

4. Moneda

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

5. Renovación automática

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

La prima de renovación pagadera durante el nuevo periodo será la que corresponda a la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato vigentes a la fecha de renovación que la Institución tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El comprobante de pago de la prima correspondiente expedido por la Institución será la prueba de renovación para el titular sin obligación por parte de la Institución de enviar una Póliza nueva.

6. Rehabilitación

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

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

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

7. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

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

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

8. Notificaciones

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

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

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

Durante la vigencia de la Póliza, el 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.

9. Modificaciones

Las modificaciones a este contrato de seguro serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Institución y el titular. 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.

10. Rectificación

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

11. Indemnización por mora

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

12. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado y/o Contratante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada para la atención de consultas y reclamaciones de la Institución o, en su caso, podrá hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

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

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

“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 3 de febrero de 2006, con el número CNSF-S0079-0569-2005/CONDUSEF-000482-01”.

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

CLÁUSULA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono 1102 0000 desde la Ciudad de México y zona metropolitana o agregue (01 55) desde el interior de la república sin costo de larga distancia, o (55) desde celular, a fin de que la Institución le informe cómo obtener los referidos documentos a través de la página de internet www.segurosbancomer.com; asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico dirigiéndose a distribucionsegurosbancomer.mx@bbva.com

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono 1102 0000 desde la Ciudad de México y zona metropolitana o agregue (01 55) desde el interior de la república sin costo de larga distancia, o (55) desde celular. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso.

“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 1 de marzo de 2010, con el número RESP-S0079-0013-2009/CONDUSEF-G00092001”.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificaciones.

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

UNE Seguros Bancomer (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Si usted requiere expresarnos algo sobre la actuación de nuestros funcionarios o alguna inconformidad sobre los productos y servicios que ofrece la institución, por favor utilice las siguientes opciones: vía correo electrónico a uneseguros2.mx@bbva.com; o atención telefónica al 9171 4000 (ext. 46115) desde la Ciudad de México y zona metropolitana o agregue (01 55) desde el interior de la república, sin costo de larga distancia.

Con domicilio en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303 piso 14), Col. Anáhuac, C.P. 11320, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto. Horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México).

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

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx teléfono 01 800 999 8080 y 5340 0999, o consultar la página electrónica en internet www.condusef.gob.mx.

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, así como los preceptos legales, podrá hacerlo a través de la página web: www.segurosbancomer.com

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

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio al Cliente de la Institución, en la Ciudad de México al 1102 0000; o marcando del interior de la república al (01 55) 1102 0000, de lunes a viernes de las 8:30 a las 16:00 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de junio de 2016, con el número RESP-S0079-0156-2016/CONDUSEF-G00095001”.

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

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

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

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

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

Es muy fácil:

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

- Si el seguro te lo ofrece un Agente de Seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.segurosbancomer.com o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas

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

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

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

- 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. En la Ciudad de México y su área metropolitana: 1102 0000 y desde el interior de la república: (01 55) 1102 0000 o escribe a sac.seguros.mx@bbva.com

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303 piso 14), Col. Anáhuac, C.P. 11320, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto. Horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 17:30 hrs. (hora del centro de México). E-mail: uneseguros2.mx@bbva.com

CONDICIONES GENERALES

Respaldo Seguro para Hospitalización

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de enero de 2016, con el número RESP-S0079-0016-2016/CONDUSEF-G00088001”.

Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso inicialmente de un siniestro, ten a la mano tu Póliza y marca este número completo de la Ciudad de México o zona metropolitana y del interior de la república:

U R G E N T E
01 800 | 8 | 7 | 4 | 3 | 6 | 8 | 3 |

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año

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

Ciudad de México, zona metropolitana e interior de la república:
01 800 902 1300

Centro de Servicio al Cliente

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

Ciudad de México y zona metropolitana: **1102 0000**
Desde el interior de la república: **(01 55) 1102 0000**
Desde celular: **(55) 1102 0000**

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

Chat: www.segurosbancomer.com (Sección Otros Servicios)
Correo electrónico: sac.seguros.mx@bbva.com