

VidaSegura Personal Bancomer

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. COBERTURAS _____ 3

III. PRIMAS _____ 8

IV. VIGENCIA _____ 8

V. GENERALIDADES _____ 8

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO _____ 14

CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO _____ 15

“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 29 de agosto de 2014, con el número CNSF-S0079-0400-2014/CONDUSEF-000100-01”.

I. DEFINICIONES

1. Institución

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

2. Contratante

Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de la prima.

3. Asegurado

El Asegurado podrá ser el propio Contratante, en caso de que sea otro diferente se hará constar en la póliza.

4. Designación de beneficiarios

Se entiende por Beneficiario la persona o personas designadas como tales por el Asegurado, cuyos nombres aparecen en la solicitud y en la carátula de la póliza, o las personas que en su caso designe posteriormente el Asegurado, pues éste tendrá derecho de hacer una nueva designación de Beneficiarios en cualquier tiempo, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que tal designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Institución, ya que de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna a los últimos Beneficiarios designados de la cobertura respectiva, de los cuales haya tenido conocimiento.

5. Beneficiario irrevocable

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiario, designando Beneficiario Irrevocable mediante comunicado por escrito, tanto a éste como a la Institución, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de Beneficiario irrevocable.

6. Falta de designación de beneficiarios

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado Beneficiarios, o si sólo se hubiere designado uno y hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los Beneficiarios ocurrida previa o simultánea con la del asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario.

7. Condición médica preexistente para el beneficio de primer diagnóstico por cáncer

Se entenderá como condición médica preexistente para este beneficio toda lesión maligna (cáncer) o lesión premaligna que se haya manifestado antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo los que se manifiesten dentro del periodo de espera definido en el numeral 8. Periodo de espera, cláusula II. COBERTURAS, siempre y cuando:

- a) Que previo a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, enfermedad y/o lesión; o
- b) Que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado; o
- c) Que se compruebe mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o
- d) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

II. COBERTURAS

1. Suma asegurada

La suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza estará nominada en moneda nacional o dólares de los Estados Unidos de América a elección del Asegurado conforme a lo establecido en el numeral 3. Moneda, cláusula V. GENERALIDADES.

2. Beneficio por fallecimiento

La Institución pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, en una sola exhibición, la suma asegurada que se estipula como Beneficio por fallecimiento, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento del Asegurado, como de los derechos del reclamante de acuerdo a lo establecido en el numeral 1. Suma asegurada, cláusula II. COBERTURAS.

3. Exclusiones del beneficio por fallecimiento

Queda excluido lo siguiente:

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

4. Beneficio por muerte accidental

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en forma independiente y adicional al Beneficio por fallecimiento, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente amparado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

Este beneficio estará amparado siempre y cuando el Asegurado lo haya contratado y, por tanto, esté estipulado en la carátula de la póliza.

5. Accidente amparado

Para los efectos del Beneficio por muerte accidental, se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado.

Para tales efectos, se considerarán como accidentes, entre otros casos:

- a) La muerte del Asegurado por asfixia o por 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.

La muerte por suicidio no se considera accidente.

6. Exclusiones del beneficio de muerte accidental

No se cubre el fallecimiento que se origine a consecuencia de:

- a) **Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) **Participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- c) **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol a partir de un grado mayor a 101% mlg en la sangre, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- d) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando**

actividades propias de deportes de alto riesgo o deportes extremos, como paracaidismo, vuelo delta, buceo, alpinismo, esquí, boxeo y artes marciales, cacería, hipismo y charrería, tauromaquia, espeleología.

- e) Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- f) Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares impulsados por motor sea como piloto o pasajero.
- h) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i) Homicidio que resulte de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
- j) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando ésta haya sido iniciada por el propio asegurado.
- k) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
- l) Radiaciones atómicas.
- m) Fallecimiento proveniente de algún accidente ocurrido antes de la fecha en que se contrate este beneficio.
- n) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.
- o) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.

7. Beneficio de primer diagnóstico de cáncer

Si durante la vigencia de la póliza de la cual forma parte este numeral, al Asegurado se le diagnostica clínicamente cáncer, la Institución le pagará la suma asegurada contratada para el beneficio de primer diagnóstico de cáncer estipulada en la carátula de la póliza. La Institución le pagará al Asegurado la indemnización correspondiente siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que al Asegurado se le diagnostique clínicamente cáncer después del periodo de espera establecido en el numeral 8. Periodo de espera.
- b) Que la póliza se encuentre vigente.

Este beneficio estará amparado siempre y cuando el Asegurado lo haya contratado y por tanto, esté estipulado en la carátula de la póliza.

8. Periodo de espera

Se entenderá como el tiempo que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, el cual será de 90 días naturales. Si dentro de este periodo de espera, el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento de cáncer, la suma asegurada contratada no será otorgada.

Para el caso del cáncer del aparato respiratorio, el periodo de espera será de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia.

El periodo de espera señalado en el primer párrafo será aplicable únicamente durante el primer año en que se encuentre vigente la póliza.

9. Cáncer

Para los efectos del beneficio de primer diagnóstico de cáncer, se entenderá por cáncer el crecimiento

ilimitado, no controlado y esparcido de células malignas con invasión del tejido del órgano que le dio origen, con tendencia a la invasión de otros órganos o estructuras vecinas o distantes.

El cáncer debe ser confirmado por evidencia histológica de malignidad por un oncólogo o patólogo calificados.

El término cáncer incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, trastornos malignos de la médula ósea, anemia aplásica, síndrome mielodisplásico, cáncer metastásico de origen desconocido.

10. Diagnóstico de cáncer

Para efectos de este seguro se entenderá que el diagnóstico de cáncer deberá basarse sobre los criterios histopatológicos a nivel internacional aceptados de ser malignos (cáncer), después de haber estudiado la composición histológica, estructural y comportamiento de las lesiones en el organismo. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con los estudios y criterios de diagnóstico del caso particular con estudio histopatológico o histoquímico. Para efectos de la cobertura del seguro queda excluido el diagnóstico de cáncer mediante el uso de un estudio como rayos X; así como un procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete aislado.

Debe cumplir con el mayor número de procedimientos diagnósticos dentro de los criterios internacionales del caso en particular.

11. Diagnóstico clínico

Para efectos de este seguro se entenderá como diagnóstico clínico el informe preparado por el médico, basado en el historial clínico del paciente, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.

12. Primer diagnóstico

Para efectos de este seguro se entenderá como primer diagnóstico, aquel diagnóstico clínico de cáncer que se haya dictaminado al Asegurado para determinar por primera vez la existencia de cualquier tipo de cáncer, en cualquier parte del cuerpo.

13. Pruebas patológicas

Se define como el documento que contiene los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de la presente póliza, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

14. Médico

Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulada legalmente y autorizada para ejercer la profesión médica.

15. Cáncer in situ

Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.

16. Comprobación

Para que la Institución pague la suma asegurada del beneficio de primer diagnóstico de cáncer, el Asegurado deberá presentar ante la Institución un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieren atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.

La Institución a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone este numeral.

Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad, padecimiento y/o lesión de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación. En caso de que el Asegurado se negare a entregar dichos exámenes y pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone este numeral.

17. Terminación del beneficio de primer diagnóstico de cáncer

La cobertura del beneficio de primer diagnóstico de cáncer terminará en el momento en que ocurra una de las situaciones siguientes:

- a) La Institución pague la suma asegurada del beneficio de primer diagnóstico de cáncer al Asegurado.
- b) La Institución pague la suma asegurada por fallecimiento del Asegurado.
- c) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

18. Exclusiones del beneficio de primer diagnóstico de cáncer

Queda excluido para este beneficio:

- a) **Diagnóstico por cualquier enfermedad distinta al cáncer.**
- b) **Diagnósticos clínicos por cáncer posteriores al primer diagnóstico.**
- c) **El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.**
- d) **Cáncer cervicouterino in situ.**
- e) **Cualquier indemnización solicitada para este beneficio que se base en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado por consanguinidad o afinidad sin limitación de grado, o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.**
- f) **Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer no invasivo (quedan amparados los melanomas malignos).**
- g) **Cáncer, carcinomatosis o tumores malignos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier síndrome o enfermedad similar, así como infecciones oportunistas.**
- h) **El sarcoma de Kaposi y otros sarcomas relacionados con la infección o derivados del virus VIH o SIDA.**
- i) **Cualquier condición médica preexistente de cáncer definida en el numeral 7. Condición médica preexistente para el beneficio de primer diagnóstico por cáncer, cláusula I. DEFINICIONES.**
- j) **El cáncer del aparato respiratorio a consecuencia de tabaquismo durante el primer año de contratación de la póliza, una vez transcurrido este tiempo quedará amparado. Este periodo es aplicable únicamente el primer año en que se contrata la póliza.**
- k) **Cualquier tipo de cáncer o lesión premaligna diagnosticada dentro del periodo de espera mencionado en el numeral 7. Condición médica preexistente para el beneficio de primer diagnóstico por cáncer, cláusula I. DEFINICIONES y en el numeral 8. Periodo de espera, cláusula II. COBERTURAS. Si dentro de este periodo el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento, enfermedad o lesión de cáncer, la suma asegurada contratada no se otorgará. Este periodo será aplicable únicamente el primer año en que se encuentre vigente la póliza.**

III. 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.

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 calculado el monto de la prima. Las primas posteriores se entenderán vencidas al comienzo de cada periodo.

3. Lugar de pago de primas

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el contratante, 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 Contratante podrá optar por cubrir los pagos de las primas en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, los cuales bajo ninguna circunstancia podrán ser inferiores a un mes.

5. Periodo de gracia

El Contratante gozará de un periodo 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 especificadas en la carátula de la póliza inician a partir de la 12:00 horas del día señalado como inicio de vigencia y continúan durante el periodo de seguro mientras la póliza no haya sido cancelada.

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

2. Terminación del seguro

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

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

V. GENERALIDADES

1. Edad fuera de límite

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

2. Edad límite de aceptación

La edad de aceptación para la contratación inicial está comprendida entre 12 y 64 años, con renovación automática hasta los 70 años para el beneficio por fallecimiento y beneficio por muerte accidental, y en el caso del beneficio de primer diagnóstico de cáncer la edad límite de renovación será 65 años.

3. Moneda

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Institución o por parte del contratante, están denominados en la moneda que se estipula en la carátula de la póliza, ya sea moneda nacional o 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.

4. Renovación automática

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

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.

5. Rehabilitación

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

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

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

6. Prescripción

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

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

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

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

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

7. 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.

8. Modificaciones

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

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

9. Disputabilidad

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

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

10. Rectificación

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

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.

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

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

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas: “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura Personal Bancomer

- 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 efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo”.

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 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.

13. 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 6132 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 6132 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.

**BBVA Bancomer Seguros, 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 29 de agosto de 2014, con el número CNSF-S0079-0400-2014/CONDUSEF-000100-01”.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura Personal Bancomer

UNE Seguros BBVA 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 uneseguros2.mx@bbva.com o atención telefónica al (55) 3547 3921, sin costo por llamada del interior de la república.

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 8:30 a 17:30 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 (55) 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 en la sección de Disposiciones Legales Vigente o en la siguiente liga <https://goo.gl/qhPmuJ>

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 01 800 8477 348; o marcando del interior de la república al 01 800 8477 348, 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”.

CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I, de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” **(artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” **(artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

“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).**

Las obligaciones de Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) 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 compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, 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 si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza 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 vigésima novena, fracción V disposición trigésima cuarta o disposición quincuagésima sexta de la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer tenga conocimiento de que el nombre del(de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino

de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de febrero de 2017, con el número CNSF-S0079-0203-2016/CONDUSEF-G00312001”.

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: 01 800 8477 348 y desde el interior de la república: 01 800 8477 348 o escribe a sac.seguros.mx@bbva.com

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, con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs., y el correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.segurosbancomer.com

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

Centro de Atención Banca Personal Seguros BBVA Bancomer

V | I | P | S | E | G | U

01 800 | 8 | 4 | 7 | 7 | 3 | 4 | 8 |

Desde cualquier lugar de la república mexicana.

- #1** Opción 1: Atención a Siniestros
Servicio las 24 hrs., los 365 días del año
- #2** Opción 2: Información y Servicios
Lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.

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

Si lo prefieres, consulta directamente a tu Banquero Personal.