

Índice

I. DEFINICIONES	3
II. COBERTURA BÁSICA	5
III. EXCLUSIONES GENERALES	5
IV. COBERTURAS ADICIONALES	6
V. EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES	7
VI. PRIMAS	8
VII. VIGENCIA DEL SEGURO	9
VIII. GENERALIDADES	10

“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 15 de Marzo de 2019, con el número CNSF-S0079-0032-2019/CONDUSEF-003593-01”.

De acuerdo con la solicitud presentada, y en base a los datos e informes en ella proporcionados a la Institución, el presente contrato se sujeta a las siguientes cláusulas:

Seguros BBVA Bancomer, S.a. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer
Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Járez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México. Servicio a Clientes, tel 1102-0000
sac.seguros.mx@bbva.com

I. DEFINICIONES

1 INSTITUCIÓN.

Seguros BBVA Bancomer, Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero BBVA Bancomer.

2 CONTRATANTE

Persona física, 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. El Contratante siempre será el propio Acreditado.

3 ASEGURADO

Para efectos de este seguro se entenderá como ASEGURADO al Acreditado y/o, en su caso, Coacreditado o, Cónyuge, y que estarán cubiertos por los riesgos amparados de acuerdo a lo definido en la carátula de la póliza.

El Acreditado, para efectos del presente Seguro, solo cuando exista la participación de un Coacreditado o Conyuge en el presente contrato, será considerado de manera integral como ASEGURADO TITULAR, sin perjuicio de que siempre será el CONTRANTE del seguro.

4 ACREDITADO

Es la persona titular del crédito y que obtiene los recursos de una persona física o moral bajo el compromiso de devolver el capital más los intereses y comisiones en un plazo determinado.

5 COACREDITADO

Es la persona física o moral que es sujeto de la deuda adquirida por el financiamiento, junto con el acreditado.

6 CONYUGE

Se denomina cónyuge a cualquiera de las personas físicas que forman parte de un matrimonio.

7 BENEFICIARIO IRREVOCABLE

Persona o personas que por consentimiento irrevocable del Asegurado o disposición legal tienen derecho al pago del Beneficio establecido en la póliza.

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

8 BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S)

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, para recibir los beneficios del presente seguro.

9 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Conforme a la solicitud de seguro, el Asegurado ha nombrado Beneficiario Irrevocable al Acreedor estipulado en la carátula de esta póliza, hasta el valor de su propio interés económico para el objeto y hasta la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza.

En consecuencia, cuando la Suma Asegurada exceda del Saldo pendiente del adeudo al momento del fallecimiento del Asegurado, la diferencia será pagada a los demás Beneficiarios designados en la Solicitud para tal efecto, o en su caso, a la sucesión del Asegurado.

El Asegurado 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.

El Asegurado renuncia expresamente al derecho de revocar al beneficiario irrevocable en términos del Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, hasta por el saldo insoluto o la Suma Asegurada indicados en los términos de esta cláusula.

10 FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de existir, el remanente de la Suma Asegurada 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.

11 CONTRATO

De manera enunciativa más no limitativa, la póliza, las condiciones generales de esta póliza, las cláusulas adicionales y endosos que se le agreguen y, la solicitud de seguro, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Asegurado y la Institución.

12 VIGENCIA

Este Contrato estará vigente durante el Período de Seguro pactado en la carátula de la póliza.

13 SALDO INSOLUTO NO VENCIDO

Importe del principal pendiente de pago, al momento de ocurrido el siniestro, más los accesorios correspondientes, ello de conformidad con la caratula de la poliza

14 DESEMPLEO

Se definirá como la terminación de la relación laboral entre el Asegurado del Seguro en su carácter de trabajador y su patrón. Se entiende por "Desempleo Involuntario" cuando el Asegurado deje de laborar en donde presta sus servicios personales y subordinados, por causas ajenas y externas a su voluntad, dejando de recibir contraprestación. El Asegurado deberá haberse encontrado bajo un contrato definitivo e indeterminado de trabajo por tiempo completo con un empleador que cuente con Registro Federal de Contribuyentes y esté dado de alta en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o su similar.

15 DOLO

Se define como cualquier sugestión o artificio que sea empleado por el Asegurado para inducir a error o mantenerlo en éste a la Institución.

16 MALA FE

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

17 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se definirá invalidez total y permanente a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuando ésta pérdida derive de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten de por vida para desempeñar cualquier trabajo, actividad u ocupación legal compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades, físicas o intelectuales, por la cual recibiera alguna remuneración económica. Para determinar la invalidez, se requerirá que haya sido continua durante un periodo no menor a 3 meses a partir de la fecha en que se determinó la invalidez total y permanente y que haya sido dictaminada por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia. En caso de que la invalidez no sea dictaminada por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia, será determinada como improcedente.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

- a) Si el Asegurado, por razones de salud, no es candidato al tratamiento médico o intervención quirúrgica o si después de haberse sometido a éstos, no se revierten los efectos de la invalidez,

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Se determinará la capacidad económica del Asegurado cuando un perito en materia de trabajo social emita en un estudio socioeconómico su esfera social, económica y cultural, con la finalidad de acreditar su capacidad económica.

17.1 CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ

Serán causas inmediatas de Invalidez las siguientes:

- a. La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos,
- b. La pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Por lo cual, no opera el periodo de tres meses descrito en el punto anterior.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

18 INVALIDEZ PARCIAL

Cuando una persona sufre un accidente o enfermedad en ejercicio o con motivo de su trabajo que implique la disminución de sus facultades o aptitudes para trabajar (incapacidad parcial).

II. COBERTURA BÁSICA

1 OBJETO DEL SEGURO

De conformidad con las condiciones de esta póliza y de sus cláusulas adicionales, en su caso, la Institución pagará al Beneficiario Irrevocable el Saldo Insoluto No Vencido del crédito señalado en la carátula de esta póliza en el momento del siniestro (fallecimiento), sin exceder de la Suma Asegurada señalada en la propia Carátula y siempre que dichos adeudos provengan de las operaciones señaladas en la misma.

Si la Suma Asegurada estipulada en la Carátula excede el Saldo Insoluto No Vencido del crédito, el remanente se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado o, en su defecto, a su sucesión legal según corresponda de acuerdo a las condiciones establecidas en la Carátula de la póliza.

2 BENEFICIO DE FALLECIMIENTO

La Institución pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la póliza, después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento del Asegurado.

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

3 EXTENSIÓN DE COBERTURA

Siempre y cuando cumpla con los requisitos de aseguramiento, se incluirá un Segundo Asegurado (Cónyuge o Coacreditado) quedando ambos asegurados por la misma Suma Asegurada, es decir, cuando uno de los dos llegara a presentar un siniestro, se pagará la Suma Asegurada a los Beneficiario(s) respectivos designados y se dará por terminado el seguro para el otro. En caso de siniestro simultáneo, se asumirá que ocurrió primero el del Asegurado titular.

III. EXCLUSIONES GENERALES

CRÉDITOS QUE NO CUBRE ESTA PÓLIZA.

Se considerarán excluidos de la presente póliza :

- a) Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas
- b) Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
- c) Los créditos en los que el periodo entre cada pago sea mayor a un mes.

- d) Los pagos que no sean cubiertos oportunamente por el Asegurado, conocido como Saldo Insoluto Vencido, y los intereses moratorios y recargo que estos produzcan.
- e) Los castigos y penas convencionales por cancelación anticipada.

DEL BENEFICIO DE FALLECIMIENTO.

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua de la póliza, cualquiera que haya sido su causa y el estado físico o mental del Asegurado, la Institución solamente pagará al Beneficiario el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el siniestro.

IV. COBERTURAS ADICIONALES

1 BENEFICIO DE DESEMPLEO

Este beneficio pagará la Suma Asegurada contratada, en caso de que el Asegurado Titular deje de laborar en la empresa en la que presta sus servicios personales y subordinados, por causas ajenas y externas a su voluntad y durante el período de vigencia de este beneficio.

El presente beneficio sólo aplicará para el Asegurado Titular, es decir, aquel que tenga el carácter de Acreditado conforme al contrato de crédito.

Para que el presente beneficio opere el Asegurado Titular deberá haber estado laborando en la misma empresa, al menos durante los últimos doce meses inmediatos anteriores a la fecha de ocurrencia del desempleo involuntario.

La Institución cubrirá en una sola exhibición la Suma Asegurada establecida en el numeral 1.1 SUMA ASEGURADA DEL BENEFICIO DE DESEMPLEO una vez transcurrido el periodo de espera definido en el numeral 1.2 PERIODO DE ESPERA del presente apartado.

Una vez recuperado el empleo, si el Asegurado Titular se mantiene laborando, en la misma empresa, al menos por doce meses continuos e ininterrumpidos contados a partir de la fecha de alta en su nuevo empleo, se reinstalará la cobertura por seis mensualidades adicionales.

La reinstalación operará siempre y cuando el Asegurado Titular presente a la Institución una declaratoria por escrito del alta en su nuevo empleo.

1.1 SUMA ASEGURADA DEL BENEFICIO DE DESEMPLEO

La Suma Asegurada del Beneficio de Desempleo será la indicada en la carátula de póliza. El valor máximo que cubrirá la Institución al Beneficiario Irrevocable será el equivalente a 6 pagos mensuales del crédito para el Asegurado Titular, mientras éste se encuentre desempleado.

1.2 PERIODO DE ESPERA

Se entenderá como el tiempo que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de otorgamiento del crédito, el cual será de 180 días naturales. Si dentro de este período de espera, el Asegurado Titular pierde el empleo por causas ajenas y externas a su voluntad, la Suma Asegurada contratada no será otorgada.

Este periodo de espera será aplicable únicamente durante el primer año en que se encuentre vigente este beneficio.

1.3 TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE DESEMPLEO

Los efectos de este beneficio cesaran automáticamente en los siguientes casos:

- a) Al aniversario siguiente de la póliza más próximo a aquel en que el Asegurado Titular cumpla 71 años de edad.
- b) En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente de cualquiera de los Asegurados.

- c) Al momento en que el Asegurado Titular obtenga una pensión por cesantía en edad avanzada, vejez o cualquier otra que implique su jubilación por razón de su edad.

2 BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Mediante esta cobertura, la Institución pagará al Beneficiario Irrevocable, cuando el Asegurado quede inválido total y permanentemente, la Suma Asegurada contratada para este beneficio, en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación que la Institución haya contraído con el Asegurado respecto de este beneficio.

Si la Suma Asegurada estipulada en la Carátula excede el Saldo Insoluto No Vencido del crédito al momento del siniestro, el remanente se pagará al Asegurado.

2.1 TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Respecto a cada Asegurado que tenga derecho al presente beneficio, cesarán automáticamente los efectos de este beneficio en los siguientes casos:

- a) Al aniversario siguiente de la póliza más próximo a aquel en que el Asegurado cumpla 71 años de edad.
- b) En caso de fallecimiento de cualquiera de los asegurados.
- c) Al momento en que el Asegurado obtenga una pensión por cesantía en edad avanzada, vejez o cualquier otra que implique su jubilación por razón de su edad.

V. EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES

DEL BENEFICIO DE DESEMPLEO

Esta póliza no cubre la pérdida del empleo:

- a) **En caso de pérdida del empleo por renuncia voluntaria del Asegurado.**
- b) **En caso de pérdida del empleo notificada por el empleador previa a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.**
- c) **Cuando la pérdida de empleo sea por causa justificada, conforme al artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**
- d) **Cuando el Asegurado participe en paros o disputas laborales.**
- e) **Cuando provengan de reclamaciones causadas por dolo ó mala fe del Asegurado, es decir, cuando éste último emplee cualquier sugestión o artificio para inducir al error o mantener en este a la Institución o, en su caso, cuando una vez conocido el error disimule el mismo.**

DEL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) **Lesiones que se provoque así mismo de forma intencional el propio Asegurado.**
- b) **Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- c) **Lesiones sufridas en actos delictivos en que participe directamente el Asegurado.**
- 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, en viaje de itinerario regular.**

- e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares impulsados por motor.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades propias de deportes peligrosos, tales como paracaidismo, vuelo delta, buceo, alpinismo, esquí, boxeo y artes marciales, cacería, hipismo, charrería, tauromaquia.
- h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, las que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia este beneficio para el Asegurado en cuestión, hayan sido diagnosticadas por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico o hayan provocado un gasto comprobable documentalmente y conlleven un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza; salvo que la invalidez inicie después de que el Asegurado cumpla por lo menos cinco años de vigencia ininterrumpida con este beneficio.
- i) Lesiones provenientes de algún accidente ocurrido antes de la fecha en que se contrate este beneficio; salvo que la invalidez inicie después de que el Asegurado cumpla por lo menos dos años de vigencia ininterrumpida con este beneficio.
- j) Enfermedades preexistentes y/o lesiones provenientes de algún accidente que haya dado lugar a la declaración de una invalidez parcial, es decir la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar, antes de la fecha en que se contrate este beneficio.

VI. PRIMAS

1 PRIMAS

El Asegurado se obliga a pagar la Prima convenida por la cantidad que se indica en la carátula de esta póliza. Las primas aplicables cada mes se determinarán de acuerdo con las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme a la Suma Asegurada alcanzada.

2 PAGO DE PRIMAS

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

3 LUGAR DE PAGO DE PRIMAS

El Asegurado 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 Asegurado, en este caso, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

4 PAGO FRACCIONADO DE PRIMAS

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

5 PERIODO DE GRACIA

El Asegurado gozará de un periodo de treinta días naturales para liquidar el total de la prima correspondiente al periodo en curso; en caso contrario cesarán los efectos de esta póliza a las doce horas del último día de ese plazo sin

necesidad de declaración especial ni de resolución judicial, en cuyo caso la Institución no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

El periodo de gracia aplicará, en caso de haberse pactado el pago fraccionado, para todas las parcialidades.

VII. VIGENCIA DEL SEGURO

1 INICIACIÓN

Las coberturas especificadas en la carátula de la póliza surtirán plenamente sus efectos 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

Cesarán los efectos de esta póliza, a partir de las doce horas del último día del Periodo de Seguro contratado, sin perjuicio del derecho de renovación establecido en el inciso RENOVACIÓN de este apartado.

Respecto de cada Asegurado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato :

- a) Al extinguirse la obligación a su cargo por el adeudo, por pago, remisión, compensación, novación u otra causa legal.
- b) En el caso a que se refiere en la cláusula 5 PERIODO DE GRACIA del apartado VI. PRIMAS.
- c) Por cesión del crédito o la deuda.
- d) Por vencimiento anticipado del crédito.
- e) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- f) Para cada una de las coberturas, se determina la siguiente regla:
 - i. Para el beneficio de fallecimiento, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 90 años de edad.
 - ii. Para los beneficios adicionales de Invalidez y Desempleo, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 71 años de edad.

3 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, en un plazo no mayor a tres meses a partir de la fecha de cancelación, 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.
- Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que se cubra la prima o primas en descubierto, los intereses por mora a la tasa de interés y procedimiento que para este efecto haya registrado la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato.
- 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

4 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Si a la fecha de vencimiento de cada periodo de 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 con la Suma Asegurada de la ultima renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir la nueva prima que se determine para cada renovación, por ende, serán aplicables los términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente. 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.

En el caso de la prima del seguro, en cada renovación será la que corresponda a la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato vigentes a la fecha de renovación que la Institución tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sin que ello implique que las condiciones del seguro siempre serán congruentes con las originalmente contratadas.

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

La renovación del contrato de seguro en los términos establecidos en la presente cláusula, siempre otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- i. La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad:
- ii. Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado. y
- iii. Las edades limite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

5 CANCELACIÓN DEL SEGURO

En virtud de que el presente seguro tiene como objeto garantizar un crédito en caso de siniestro del Asegurado, éste no podrá ser cancelado por el Asegurado sin el consentimiento expreso y por escrito que emita el Beneficiario Irrevocable que aparece en la carátula de la póliza.

VIII. GENERALIDADES

1. BASES DEL CONTRATO.

Esta póliza y, en su caso, las cláusulas que a la misma se agreguen, se entienden otorgadas en base a la solicitud formulada por el Asegurado.

En consecuencia, el(los) Asegurado(s) está(n) obligado(s) a declarar en la solicitud, y de acuerdo con el cuestionario que la misma contiene, todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula, facultará a la Institución para dar por rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque tales hechos o condiciones 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.

2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

En cumplimiento de las disposiciones del Art. 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el Art. 25 del propio ordenamiento, que textualmente dice: "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".

3. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

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

4. PERIODO DE SEGURO.

Las partes convienen en que el Periodo de Seguro contratado inicialmente o por renovación, coincidirá siempre con el Plazo que cubre la Prima respectiva y que se indica en la Carátula de esta póliza.

5. EDAD.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Institución no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real al tiempo de celebración del contrato, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por ésta; pero en este caso, se devolverá al Asegurado el importe de la reserva matemática que corresponda en la fecha de su rescisión.

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 real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas :

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato.
- b) Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si la inexactitud en la declaración de la edad es descubierta con posterioridad a la muerte del Asegurado pero antes de que sea pagada la Suma Asegurada, la Institución estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha de celebración del Contrato.

6. EDAD LÍMITE DE ACEPTACIÓN

La edad límite de aceptación para la contratación inicial es de 80 años y de 90 para la renovación automática.

7. DISPUTABILIDAD

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme al cuestionario contestado por el Asegurado a través del Canal de Contratación por el cual ha solicitado la celebración del Contrato, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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, tendrá validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Durante la vigencia de la póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Institución 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.

La Institución se obliga a notificar al Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones contundentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Institución pague al beneficiario el importe del saldo insoluto.

9. AVISO DEL SINIESTRO

El Asegurado 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 el Art. 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

10. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o hacer valer sus derechos en 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. Lo anterior 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 de Seguros 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.

11. 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.

12. MONEDA.

Los pagos que el Asegurado y la Institución deban hacer conforme a esta póliza, se liquidarán en Moneda Nacional de acuerdo con la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen los mismos.

13. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

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

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

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

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al

valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- 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.”

14. COMPROBACIÓN DE LA RECLAMACIÓN FALLECIMIENTO

En caso de reclamación por siniestro, el (los) beneficiario(s) deberá(n) presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, en las que deberá(n) consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá(n) con su firma bajo protesta de decir verdad. Además, junto con la reclamación, se exhibirá las pruebas que obren en su poder o y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener, las cuales se describen de manera enunciativa y no limitada, como son:

- Identificación oficial del asegurado.
- 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

La Institución a su costa tendrá, siempre que lo juzgue conveniente, 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.

BENEFICIO DE DESEMPLEO

El Asegurado estará obligado a comprobar la exactitud de su reclamación. La Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado toda clase de informes sobre los hechos relacionados con la reclamación y por las cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, así mismo el Asegurado entregará a la Institución los siguientes documentos:

- Formato de reclamación
- Copia del contrato de trabajo que el Asegurado celebró con la empresa.
- Último recibo de nómina expedido por la empresa en la que dejó de laborar.
- Alta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE) o su similar para verificar antigüedad en la empresa donde laboraba.
- Baja al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE) o su similar para corroborar la fecha de baja del empleo.

- Copia del Finiquito expedido por la empresa donde haya dejado de laborar, solo si existiera o si lo tuviera.
- Todos los datos relacionados con el origen y la causa del desempleo.
- Identificación oficial del Asegurado.

Adicionalmente, la Institución a su costa tendrá, siempre que lo juzgue conveniente, derecho de solicitar a el (los) beneficiario(s) las pruebas e informes adicionales 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.

BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad, entregando además las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas al estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución a su costa tendrá, siempre que lo juzgue conveniente, derecho de solicitar a el (los) beneficiario(s) las pruebas e informes adicionales 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, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este beneficio, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

EVALUACIÓN DE LA RECLAMACIÓN Y ARBITRAJE, PARA EL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

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

En caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente de acuerdo a la definición y, en su caso, el arbitraje de un médico cuando ocurra controversia entre la Institución y el asegurado:

1. Cada parte designará a un médico que cuente con cédula para el ejercicio de su profesión, designación que deberá realizarse dentro de un período de ocho días siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo.
2. Los dos médicos deberán designar a un tercero para el caso de controversia, mismo que deberá ostentar un cargo técnico o directivo de un Instituto Nacional de la especialidad médica de que se trate la Invalidez Total y Permanente o bien tener acreditación vigente por el consejo de la especialidad respectiva, designación que deberán efectuar dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados, considerándose su dictamen como inapelable por ambas partes.
3. Los honorarios y gastos de los médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer médico quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

Este procedimiento se aplicará sin perjuicio a lo establecido en la cláusula de competencia de las Condiciones Generales de la póliza.

15. ENTREGA DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL

De conformidad a la Disposiciones de Carácter General emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación, se incluye y forma parte integrante de la presente póliza, la siguiente Cláusula:

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

1. De manera presencial
2. A través de Servicio de Atención a Clientes (SAC)
3. Envío al domicilio del contratante por los medios que la Aseguradora utilice para tal efecto.
4. Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el contratante.
5. Cualquier otro medio que la Aseguradora establezca e informe al Asegurado o Contratante

El Asegurado y/o Contratante podrá al momento de la contratación o través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose a los números: (i) CDMX. y Zona Metropolitana al 1102-0000, (ii) Desde el Interior de la República (01 55) 1102-0000 y (iii) Enviando un correo electrónico: sac.seguros.mx@bbva.com

La Aseguradora dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en los 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 Aseguradora dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico y de la confirmación de recepción por parte del contratante en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación, para tal efecto la Aseguradora procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío, lo anterior sin perjuicio de brindar al Asegurado o Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual vía WEB, a través del portal de internet descrito en el presente apartado con acceso autenticado mediante clave personalizada proporcionada por la Institución.

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

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

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

Adicionalmente, si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Aseguradora, comunicándose al teléfono 1102-0000, 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 solicitar que la presente póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono 1102-0000.

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

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**

“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 15 de Marzo de 2019, con el número CNSF-S0079-0032-2019/CONDUSEF-003593-01”.

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 9171-4000 EXT: 46115 desde la Ciudad de México y zona metropolitana ó agregue 01(55) desde el interior de la república sin costo de larga distancia. Con domicilio en Mariano Escobedo 303 PB, (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto) Col. Anáhuac, Del. 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).

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

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

Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Mariano Escobedo 303 PB, Col. Anáhuac, Del. Miguel Hidalgo, 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 9:00 a 14:00 hrs., y el correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.segurosbancomer.com