

Condiciones Generales

Vive wibe

wibe®



ÍNDICE

I. DEFINICIONES.....	2
II. OBJETO DEL SEGURO.	5
III. ELEMENTOS DEL CONTRATO.....	6
IV. COBERTURAS Y ASISTENCIAS.....	8
V. EXCLUSIONES GENERALES DE LAS COBERTURAS.	10
VI. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.....	16
VII. CLÁUSULAS.	16
DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO.....	24

“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 agosto de 2024, con el número CNSF-S0079-0324-2024/CONDUSEF-006551-01 ”.

Contrato de seguro que celebran por una parte “BBVA SEGUROS MEXICO, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BBVA MEXICO”, en lo sucesivo la “Institución”, y por otra parte el “Contratante”, el cual se indica en la carátula de Póliza, mediante el cual la primera se obliga a cubrir las pérdidas económicas que tengan los Asegurados por los gastos erogados a consecuencia de una eventualidad amparada, y la segunda se obliga al pago de la prima, al tenor de las siguientes definiciones y cláusulas:

I. DEFINICIONES

Participantes

a) Institución

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

b) Contratante

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

c) Asegurado

Es aquella persona física cubierta por los riesgos amparados de acuerdo a lo definido en la carátula de la póliza. El Asegurado podrá tener el carácter de Contratante del seguro.

d) Beneficiario

Es la persona(s) designada(s) como tal(es) por el Asegurado, cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en la carátula de la póliza, para recibir los beneficios del presente seguro en caso de fallecimiento de éste.

e) Parentesco

Se entiende por Parentesco la relación que cada uno de los Asegurados tiene respecto al Contratante.

f) Familia asegurable

Podrán ser incluidos en esta póliza:

- El contratante.
- Su cónyuge, entendiéndose como tal la persona con quien el Asegurado titular haya contraído matrimonio o su concubina o concubinario o la persona con quien viva en sociedad de convivencia.
- Los hijos del Asegurado titular y/o de su cónyuge.

Contrato

a) Prima

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante y/o Asegurado, a favor de la Institución, la cual podrá ser anual o en parcialidades, según establezca la carátula de la Póliza.

b) Mala fe

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

c) Dolo

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

d) Domiciliación bancaria

Es la autorización otorgada por el Contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella, en caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

De las coberturas**a) Accidente**

Es toda lesión corporal sufrida como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza y que pueden provocar lesiones corporales o la muerte del Asegurado.

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

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

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

No se considera como Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado ni tampoco aquellos eventos donde la primera atención médica y/o primer gasto se efectúe posterior a 30 días al evento ocurrido que generó dichas lesiones.

b) Accidente amparado

Se considerará que un accidente es amparado bajo la cobertura de esta Póliza cuando:

- 1) El accidente ocurre dentro del periodo de vigencia de la Póliza. Se considerará como fecha de inicio de la reclamación la fecha en que ocurre el accidente.
- 2) Que no esté específicamente excluido en las condiciones generales del seguro.
- 3) No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas por el Asegurado cuando:
 - Sean infligidas por el propio Asegurado o por un tercero con el consentimiento del Asegurado.
 - Se encuentre bajo el influjo del alcohol o enervantes.
- 4) Todas las lesiones corporales sufridas por un asegurado en un accidente, así como sus complicaciones o secuelas, se considerarán como provenientes de un solo accidente.

c) Evento amparado

Se considera como un solo evento a todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del accidente amparado inicial cubierto por esta Póliza, independientemente de las veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado del mismo.

d) Gasto Médico Cubierto

Se entenderá como gasto médico cubierto aquellos que efectúe el Asegurado por prescripción de un médico o cirujano autorizado para el ejercicio de su profesión, y sean necesarios para la atención de un Accidente amparado, consecuencia de servicios otorgados en el territorio nacional durante la vigencia de este beneficio.

e) Caso fortuito o de fuerza mayor

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

Participación del Asegurado y la Institución en el costo del evento**a) Deducible**

Monto fijo que aplica a los primeros gastos erogados para cada Siniestro, que corre a cuenta del Asegurado y se encuentra establecido en la carátula de la póliza. Una vez que el deducible es rebasado comienza la obligación del pago teniendo como límite la Suma Asegurada contratada a cargo de la Institución.

b) Suma Asegurada

Obligación máxima de la Institución por cada uno de los asegurados en esta póliza de acuerdo con las coberturas contratadas a la fecha de inicio de la misma.

De las reclamaciones**a) Reclamación**

Es el trámite que realiza el Asegurado o Beneficiario ante la Institución, para que le sean indemnizados o reembolsados los gastos erogados por la atención médica de un Accidente amparado.

b) Indemnización

Es el pago de la suma asegurada correspondiente por cada uno de los riesgos amparados especificados en la carátula de póliza.

c) Rembolso

Es la restitución de los gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado y/o Contratante a consecuencia de los servicios recibidos para la atención de un Accidente amparado. La Institución realizará el ajuste correspondiente de acuerdo con la amplitud de cobertura de la Póliza.

Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

c.1. Procedimiento para el Reembolso

El Asegurado deberá llenar y presentar a la Institución el formato de Solicitud de Reembolso, al cual agregará los informes médicos, estudios de laboratorio, imagenología, gabinete, el documento expedido por el médico de primer contacto o médico especialista, el pase a farmacia y/o receta que le prescribieron que se hubieren practicado para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o lesión, historias clínicas, notas de evolución, al igual que las facturas y/o recibos de honorarios originales que reúnan los requisitos fiscales vigentes, así como los demás documentos e informes que sean requeridos.

Una vez que el Asegurado presente a la Institución, por sí o por conducto de su representante legal, la documentación solicitada, la Institución contará con un plazo de 30 (treinta) días siguientes a la fecha de recepción para realizar el pago que corresponda o determinar lo que proceda sobre la solicitud. La cuantía del Reembolso se calculará de acuerdo al siguiente procedimiento:

- 1) Se sumarán todos los servicios requeridos por el Asegurado, ajustándolos a los límites establecidos en el tabulador médico de la Institución

2) A la cantidad resultante se descontará el deducible de acuerdo al valor establecido en la carátula de esta Póliza.

Para conocer el monto a reembolsar por parte de la Institución, el Asegurado podrá consultar la base del tabulador médico que se utilizó para dicho cálculo, llamando al teléfono del Centro de Atención Telefónica.

d) Centro de Atención Telefónica (CAT)

Servicio de asistencia telefónica, a nivel nacional, las 24 (veinticuatro) horas del día durante los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, que se ofrece a los Asegurados para obtener orientación y asesoría para la utilización de la Póliza, así como información acerca de la red de prestadores.

De los canales de contratación

Se entenderán aquellos canales de venta, por virtud de los cuales la Institución o a través de un tercero promocionará y efectuará la venta de productos de seguros vía medios electrónicos, como pueden ser: los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, entre otros y/o por cualquier otro medio disponible por la Institución y que este permitida por la normatividad aplicable.

Medios Electrónicos

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones de este contrato de seguro y que estén disponibles por la Institución.

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante, Asegurado y/o el Beneficiario tienen la opción de pactar la celebración de operaciones y servicios, a través del uso de Medios Electrónicos que estén disponibles por la Institución para efectos del presente contrato de seguro, por lo que podrán otorgar su consentimiento para aceptar la contratación de su uso, por medio de nuestra página de internet *bbvaseguros.mx*.

Para efectos de lo anterior, los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos se encuentran disponibles en nuestra página electrónica y pueden ser consultados en:

<https://www.bbva.mx/personas/productos/seguros/terminos-condiciones-de-medios-electronicos-seguros.html>
En dichos términos y condiciones la Institución establece lo siguiente:

a) Las operaciones y servicios que la Institución podrá proporcionar a través de Medios Electrónicos, como lo son: (i) contratación de la póliza, (ii) consulta de información relacionada con el seguro, (iii) solicitud de duplicado de la póliza (con costo adicional), (iv) solicitar actualización y/o modificación de información, (v) solicitar aclaraciones, (vi) realizar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro, (vii) modificación o designación de beneficiarios, (viii) alta y modificación del medio de notificación, (ix) desbloqueo de cuentas o contraseñas, (x) modificación de contraseñas, entre otros.

b) Los mecanismos y procedimientos de identificación del usuario y autenticación, en el presente apartado el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrá(n) revisar el “identificador de usuario” que utilizará la Institución, es decir, la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que permita reconocer la identidad del propio usuario para la realización de operaciones electrónicas. Así mismo, en este apartado conocerán los “factores de autenticación” que podrá solicitar la Institución, basado en las características físicas del usuario, en dispositivos o información que solo el usuario posea o conozca.

c) La responsabilidad del usuario y de la Institución respecto a la realización de operaciones por Medios Electrónicos, en este apartado la Institución establece la responsabilidad para que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario resguarde(n) de manera correcta las claves de acceso para la realización de las operaciones electrónicas, así como la responsabilidad de la Institución respecto al acceso a los medios electrónicos disponibles.

d) Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Institución, a través de Medios Electrónicos, en este apartado la Institución establece los medios de comunicación para notificar el estatus de las operaciones que se realicen a través de Medios Electrónicos.

e) Los mecanismos y procedimiento de cancelación de la contratación de operaciones electrónicas, en este apartado el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, conocerá(n) el proceso para cancelar el uso de las claves de acceso para medios electrónicos.

f) Restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico, en este apartado la Institución comunicará las restricciones, en caso de existir, para el uso de los medios electrónicos, ya sea por sistema o por el uso de los dispositivos.

En la presente cláusula, la Institución le informa al Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, que los productos y/o servicios que se contraten con los medios de identificación y, a través de los Medios Electrónicos que la Institución tenga disponibles, son en sustitución a la firma autógrafa.

II. OBJETO DEL SEGURO

Proporcionar protección al Asegurado al ocurrir algún accidente amparado que llegue a afectar algunas de las siguientes coberturas:

Cobertura obligatoria:

- Muerte Accidental (MA)

Coberturas optionales:

- Pérdidas orgánicas por accidente (POA)
- Indemnización diaria por hospitalización por accidente (IDA)
- Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA)
- Reembolso de Gastos Médicos por Actividades Deportivas (RGMAD)

Asistencias:

- Médica
- Funeraria

III. ELEMENTOS DEL CONTRATO

Edad

a) Edad de máxima aceptación

Para todas las coberturas, la edad de aceptación del Asegurado para la contratación inicial está comprendida entre 0 y 69 años cumplidos a excepción de la cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Actividades Deportivas cuya edad de aceptación va de los 6 (seis) y hasta los 49 (cuarenta y nueve) años cumplidos.

b) Edad de última renovación

Los Asegurados podrán mantenerse al amparo de este Seguro hasta el final del año Póliza en que cumplan los 70 (setenta) años de edad, salvo que cuenten con una cobertura continua de al menos 5 (cinco) años en esta Institución, en este caso podrán continuar Asegurados sin importar la edad alcanzada. La cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Actividades Deportivas considera edad de última renovación será hasta los 49 (cuarenta y nueve) años cumplidos.

c) Comprobación de la edad

La Institución se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Institución deberá anotarla en la propia Póliza y extender el comprobante de tal hecho al Contratante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando deba pagar un siniestro, salvo que se compruebe que las pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

d) Consecuencia de una inexacta declaración de edad

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de los Asegurados, ésta hubiere estado fuera de los límites de aceptación establecidos al momento de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, los beneficios de la Póliza quedarán rescindidos para dichos Asegurados y la Institución reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiera pagado.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
2. Si a consecuencia de la inexacta declaración 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 prima pagada y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas correspondientes a los períodos siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
3. Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
4. Si la inexactitud de la edad se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos antes descritos se aplicarán las tarifas que estén en vigor al momento de la detección de la inexactitud.

Agravación del riesgo

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga(n) Su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución en lo sucesivo.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá como agravación esencial cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Institución habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, la Institución no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. "En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas" (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Cláusula complementaria de agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Asegurado o su Beneficiario realice o se relacione con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el Asegurado o su Beneficiario, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre de los Asegurados o su Beneficiario, sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Asegurado o del Beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Institución considerará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Vigencia

a) Inicio de vigencia

La vigencia de este Contrato corresponderá al periodo estipulado en la carátula de la Póliza.

b) Periodo del seguro

Las partes convienen expresamente en que el periodo del seguro contratado será por un año pudiendo renovarse por periodos iguales.

c) Terminación del seguro

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

- 1) En la fecha de término del periodo contratado que se estipula en la carátula de la póliza.
- 2) Al aniversario siguiente de la póliza más próximo a aquel en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad, salvo que cuenten con una cobertura continua de al menos 5 (cinco) años en esta Institución, en este caso podrá continuar Asegurado sin importar la edad alcanzada. Para estos efectos no se tomará en cuenta la antigüedad reconocida.
- 3) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- 4) En el caso del vencimiento a que se refiere el apartado PERÍODO DE GRACIA.

Primas**a) Importe de la prima**

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

b) Pago fraccionado de primas

El Contratante puede optar por liquidar la prima en un pago anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato. Independientemente de ello, la prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

c) Vencimiento de la prima

El pago de la prima deberá efectuarse en el momento de la celebración del contrato por lo que se refiere al primer periodo de seguro, entendiéndose por periodo de seguro, el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. Las primas posteriores, se entenderán vencidas al comienzo de cada periodo. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la misma, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

d) Lugar de pago de primas

El Asegurado o Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de la Institución, contra la entrega del recibo **correspondiente**.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Asegurado o Contratante, a través de la autorización de la domiciliación bancaria o cargo recurrente que al efecto corresponda. 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. En caso de que por causas imputables al Asegurado o Contratante no pueda efectuarse el cargo a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el seguro cesará sus efectos siendo efectiva la cancelación de la póliza a partir del inicio del periodo al que corresponde el adeudo de la prima.

e) Período de gracia

El Asegurado gozará de un periodo de gracia de 30 (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 30 (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.

f) Ajuste al monto de la prima

Los ajustes por altas o bajas de Asegurados se harán cobrando o devolviendo, según corresponda, la parte proporcional de la prima por los días transcurridos entre la fecha efectiva del movimiento y la fecha de pago de la prima; dichos ajustes se realizarán a partir del momento en que la Institución comunique la aceptación del movimiento

Residencia

Para efectos de este contrato, solo estarán protegidos bajo esta póliza los Asegurados que residan habitualmente dentro de la territorialidad indicada en el siguiente apartado, así mismo, el Contratante y/o el Asegurado tienen la obligación de notificar a la Institución, el lugar de residencia.

Territorialidad

Para las coberturas Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA) y Reembolso de Gastos Médicos por Actividades Deportivas (RG MAD) los gastos cubiertos para efecto de esta Póliza deberán ser erogados y/o generados por servicios prestados dentro de la República Mexicana.

Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del Contratante o de la Institución, se efectuará en moneda nacional.

IV. COBERTURAS Y ASISTENCIAS**Muerte Accidental (MA)**

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada estipulada en la póliza para este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente amparado.

La Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para el beneficio de Muerte Accidental, estará nominada en moneda nacional.

En caso de menores de 12 (doce) años de edad cumplidos al momento de ocurrir el fallecimiento, la suma asegurada será el equivalente en moneda nacional al 10% de la suma asegurada contratada para el Beneficio de Muerte Accidental.

Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)

Cuando el Asegurado sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente, la Institución pagará el porcentaje de la Suma Asegurada que de acuerdo con la escala corresponda a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza.

El monto a indemnizar al Asegurado que sufra una pérdida orgánica será de acuerdo a la siguiente tabla:

Pérdida Orgánica	%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una pierna o un brazo	75%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación o anquilosis parcial de un pie abarcando todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano comprendiendo el pulgar y el índice	30%
Tres dedos de una mano sin incluir el pulgar o el índice	25%
El pulgar y otro dedo de una mano que no sea el índice	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	20%
Acortamiento de por lo menos 5 centímetros de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, anular o meñique de cualquier mano	5%

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

Se entenderá por:

• **Pérdida de una mano**

Su separación de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella, o la anquilosis de la articulación citada.

• **Pérdida de un brazo**

La amputación o anquilosis del brazo entre el hombro y el codo.

• **Pérdida de dedos**

La separación o anquilosis de dos falanges completas cuando menos.

• **Pérdida de un pie**

Su separación o anquilosis de la articulación tibio tarsiana o arriba de ella y abajo de la rodilla.

• **Pérdida de una pierna**

La amputación o anquilosis del muslo entre la cadera y la rodilla.

• Pérdida de la vista

La pérdida completa y definitiva de la visión.

Este beneficio estará vigente durante todo el plazo del seguro de acuerdo a la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDA)

Cuando por prescripción médica exista un período de hospitalización de al menos 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas, la Institución pagará al Asegurado el monto que resulte de multiplicar los días de hospitalización que hayan excedido un día por la Suma Asegurada diaria contratada para este beneficio, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza.

El período máximo que cubrirá la Institución será de 30 (treinta) días, en exceso del deducible de un día.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA)

Si durante la vigencia de la póliza ocurre un Accidente amparado y como consecuencia directa de ese Accidente e independientemente de otras causas el Asegurado requiriese de atención médica, la Institución reembolsará a dicho Asegurado los Gastos Médicos Cubiertos que excedan el Deducible hasta por la Suma Asegurada contratada para este beneficio, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza.

Reembolso de Gastos Médicos por Actividades Deportivas (RGMAD)

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura adicional, la Institución amparará como accidente los gastos originados por la atención médica requerida por el Asegurado, consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la práctica amateur o recreativa, habitual, no profesional de cualquier actividad deportiva, incluyendo actividades deportivas extremas que sean llevadas a cabo bajo las medidas de seguridad, reglas y/o capacitación requeridos.

V. EXCLUSIONES GENERALES DE LAS COBERTURAS**Accidentes que se originen por participar en:**

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) **Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- c) **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.**
- d) **Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- e) **Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur o es utilizado como medio de transporte personal y se comprueba que se encontraba haciendo uso bajo este fin.**
- f) **Actividades como paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo; salvo lo estipulado en la cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Actividades Deportivas siempre y cuando haya sido contratada.**

g) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

h) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un médico.

k) Homicidio ya sea imprudencial, culposo, intencional atenuado, simple o calificado.

l) Hernias, eventraciones, aborto o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que los anteriores ocurrieron a causa de un accidente.

m) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.

n) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.

o) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.

p) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.

q) Lesiones provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva o nuclear, salvo las derivadas de un accidente amparado.

r) Fallecimiento proveniente de algún accidente ocurrido antes de la fecha en que se contrate esta póliza.

s) Gastos no relacionados con el tratamiento médico.

t) Accidentes ocasionados por las siguientes actividades:

- Chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u operador camiones de volteo, palas mecánicas o buldozer
- Ayudante, auxiliar o similar o se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador
- Práctica profesionalmente de buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo.
- Prestador de servicios en cualquier organismo policial, cuerpos Militares o de Marina, de seguridad privada, guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo.

Asistencia Médica

- Envío de Médico a Domicilio.

A solicitud del Asegurado, la Institución gestionará el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo. Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año con cobertura en cualquier estado de la República Mexicana.

Se proporcionará de manera gratuita dos servicios y el resto se realizará de manera ilimitada con costo preferencial por evento a cargo del asegurado.

- Referencias y descuentos médicos

A solicitud del Asegurado, la Institución proporcionará información sobre los establecimientos en convenio más cercanos a su Residencia Permanente o al lugar en donde se encuentre, en los que obtendrá precios preferenciales para la realización de estudios de laboratorio, estudios de gabinetes médicos de imagen, dentistas, medicamentos, ópticas, hospitales, farmacias y médicos y servicios de enfermería general a domicilio.

Los beneficios mencionados de referencias son ilimitados durante la vigencia de los servicios. El Asegurado

deberá exhibir su identificación oficial con los proveedores directos de estos servicios para demostrar que es derechohabiente de este programa. Se le proporcionará al usuario los datos y cupón por correo electrónico al Asegurado que se presentará con los proveedores. Todos los servicios están sujetos a la disponibilidad de la red de proveedores.

- Envío de ambulancia terrestre por emergencia

A solicitud del Asegurado, en caso de emergencia médica aprobada por el Comité Médico de la Institución, se gestionará el traslado al centro hospitalario más cercano.

Si fuera necesario, por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Asegurado presente.

Un (1) evento gratuito por año y por Asegurado. El servicio opera las 24 horas del día los 365 días del año. Los eventos subsecuentes serán por cuenta del Asegurado a precios preferenciales.

Se entenderá por emergencia médica toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado, o de alguno de sus órganos, y requiera una actuación médica inmediata.

La Institución no será responsable de cualquier complicación que pueda presentarse durante el traslado.

Exclusiones Asistencia Médica

- **Los médicos de cabina bajo ninguna circunstancia indicarán tratamiento farmacológico o expedirán recetas médicas.**
- **La prescripción o expedición de recetas solo es factible en la visita a domicilio, que será llevada a cabo por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- **En todos aquellos núcleos de población, que por su situación geográfica o económica no cuenten con servicios de ambulancias o médico a domicilio, la Institución hará su mejor esfuerzo, para enviar del poblado más cercano que cuente con dichos servicios.**
- **Todos los gastos que se generen a partir de una referencia a la red de servicios médicos, serán cubiertos por el Asegurado.**
- **Queda excluida la solicitud de servicio de asistencia médica telefónica que contravenga las buenas prácticas de la medicina.**
- **Los gastos erogados en la atención médica serán responsabilidad exclusivamente de los Asegurados y de ninguna forma el servicio de Asistencia será un seguro de gastos médicos, entendiendo que el servicio es de • Asistencia Médica únicamente.**

Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado, tendrán derecho al servicio funerario básico con la red de funerarias con las que la Institución tiene convenios.

Los familiares directos incluyendo a cónyuge o hijos menores de 21 años, tendrán derecho a un descuento sobre el precio público de los servicios funerarios. Aplica sólo por muerte accidental.

Los servicios mencionados deberán ser solicitados dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento y deberán ser coordinados desde un inicio por la red de proveedores.

No aplica reembolso.

Se cubre un único evento por póliza.

El servicio funerario incluye:

- a) Sala de velación.**
- b) Preparación y arreglo estético del cuerpo.**
- c) Servicio de embalsamado.**
- d) Ataúd metálico estándar o de madera.**
- e) En caso de cremación, renta de ataúd y urna para cenizas de madera.**
- f) Préstamo de equipo en caso de velación en domicilio. (mesa, pedestal, candeleros o torcheros y cristo)**
- g) Traslado del cuerpo del lugar de velación al Crematorio o Panteón.**
- h) Coordinación de los servicios funerarios en el lugar de residencia.**
- i) Coordinación de traslado y servicios en viaje por la República Mexicana.**
- j) Asesoría sobre los trámites legales para la acreditación del fallecimiento ante la institución oficial.**
- k) Coordinación para el envío del médico que dará fe del fallecimiento.**
- l) Traslado del cuerpo del Asegurado dentro de la Ciudad en donde haya ocurrido su fallecimiento.**
- m) Traslado del cuerpo del Asegurado de una ciudad a otra.**

Para acceder al servicio deberá entregar la siguiente documentación: Acta de defunción y, en caso de muerte accidental el acta del Ministerio Público.

Adicional, la Asistencia Funeraria incluye:

- a) Asesoría telefónica de servicios funerarios, tales como la coordinación y apoyo al familiar o representante para llevar a cabo el proceso funerario, apoyo en la coordinación y atención del proceso, así como información sobre los proveedores en convenio.**
- b) Asesoría legal telefónica, tales como la asesoría y gestoría para obtener el certificado o acta de defunción, tramitación de la dispensa de necropsia, en caso de muerte accidental o violenta la asesoría ante el Ministerio Público para la liberación del cuerpo y asesoría en trámites legales testamentarios.**
- c) Asistencia psicológica a familiares (tanatológica), se proporcionará asesoría telefónica ilimitada en situaciones críticas de conducta y estados anímicos, y se proporcionará referencia a la red de psicólogos en los que obtendrá consultas a precios preferenciales.**

Exclusiones de Asistencia Funeraria

- En caso de muerte con violencia deberá de solicitarse al Ministerio Público correspondiente, una carta**

liberando al cuerpo para poder proceder a inhumar o cremarlo como se haya decidido.

- **Servicios adicionales se proporcionan con descuento directo con el proveedor en convenio**
- **Para iniciar el trámite el familiar o beneficiario deberá mostrar el acta de defunción o certificado, así como identificación oficial vigente del solicitante y del difunto.**
- **Las fechas del fallecimiento deben coincidir con la solicitud del trámite, es decir no debe pasar más de 24 hrs del fallecimiento para iniciar con el proceso de solicitud del servicio de asistencia.**
- **No aplica embalsamado en caso de inhumación, éste se podrá proporcionar con costo preferencial.**
- **Los servicios y costos excedentes serán cubiertos por el familiar o beneficiario que solicita el servicio con costo preferencial, por ejemplo, ataúd por exceso de medidas.**
- **La coordinación una vez seleccionado el proveedor del servicio funerario y que cuente con el acta o certificado de defunción es de 12 a 24 horas. Sin embargo, esto dependerá de la infraestructura de la localidad en la que haya existido el evento. El proveedor realizará el mejor esfuerzo para realizar en los tiempos establecidos.**

Condiciones de uso de la Asistencia Médica o Asistencia Funeraria

- **Para ser válida la cobertura el servicio deberá haber sido reportado de manera oportuna vía telefónica a la Institución en el período de vigencia de la Póliza.**
- **Para hacer uso del servicio el Asegurado deberá contactar previamente al la Institución quien gestionará la totalidad del evento. En caso de que el Asegurado gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura ya no es aplicable.**
- **Los servicios serán aplicables a petición del Asegurado en caso de incapacidad para la comunicación.**
- **En casos de fuerza mayor la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso el proveedor hará su mayor esfuerzo por prestar el Servicio en las mejores condiciones posibles.**
- **No aplica reembolsos en ningún tipo de asistencia o gasto.**
- **Los costos preferenciales están sujetos a cambios sin previo aviso y podrán variar dependiendo del Estado de la República en que se encuentre el Asegurado.**
- **El proveedor no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:**
 - a) Cuando el Asegurado no se identifique como Asegurado con póliza vigente.**
 - b) Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.**
 - c) Cuando el Asegurado incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.**

EXCLUSIONES GENERALES DE LAS ASISTENCIAS

- **Todas aquellas contempladas en estos términos y condiciones.**

- Cuando por una acción intencional del Asegurado resulte la comisión de un delito.
- La solicitud de servicio de asistencia que contravenga la ley o cuando por disposición de la autoridad respectiva no sea posible brindar el servicio.
- Quedan excluidas de los servicios las siguientes situaciones:

Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

- Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario.
- Autolesiones o participación del Asegurado en actos delictivos intencionales.
- Accidente ocurrido en estado de ebriedad o bajo el uso de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.
- La participación intencional del Asegurado en riñas, huelgas y alborotos populares.

VI. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Obligaciones de las partes

a) Obligaciones del Contratante

- Pagar oportunamente las fracciones de la prima y los ajustes por movimientos mensuales.
- Remitir a la Institución, dentro de los (5) cinco días naturales siguientes a la recepción, los consentimientos para las inclusiones (altas) y reportar las exclusiones (bajas) de los Asegurados.
- Dar aviso a la Institución de cualquier cambio de actividad que se opere en la situación de los Asegurados, dentro del término de quince días, contado a partir del día siguiente a que se genere el cambio respectivo.
- Dar aviso a la Institución cuando hubiere cambio de Contratante, dentro de los cinco días hábiles siguientes a que se hubiere efectuado el cambio.
- Reintegrar a la Institución cualquier pago que esta hubiere realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en los avisos que deba dar a La Institución conforme a este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

El Contratante contará con un término de 5 (cinco) días hábiles, contados a partir del día siguiente al del requerimiento, para reintegrar a la Institución la cantidad que a causa de su omisión o negligencia hubiese pagado esta. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a La Institución a dar por rescindido este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

b) Obligaciones del Asegurado

Hacer buen uso de los servicios cubiertos. Es decir, no permitir que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho lícito de tales servicios.

VII. CLÁUSULAS

Movimientos de Asegurados

a) Altas

El Contratante o el Asegurado Titular podrán incluir en la póliza a alguno de los miembros de su familia que cumpla con la definición de familia asegurable, para lo cual, deberá requisitar la solicitud correspondiente. La inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de la Institución previa valoración de los requisitos de asegurabilidad requeridos por la misma.

La inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de la Institución previa valoración de la información proporcionada.

b) Bajas

Pueden provocar la baja de un Asegurado las siguientes causas:

- **Petición del Contratante y/o Asegurado titular**

El Contratante o el Asegurado titular pueden solicitar a la Institución, en cualquier momento, la baja de un miembro de la Familia asegurable, la cual será efectiva a partir de que la Institución les comunique que su solicitud ha sido aceptada estableciendo la fecha de efectividad del movimiento, siendo responsabilidad del contratante liquidar las primas correspondientes hasta ese momento.

- **Dejar de cumplir con la definición de familia asegurable**

Cuando el cónyuge, concubina o concubinario o la persona con quien viva en sociedad de convivencia se separe legalmente del Asegurado titular, este deja de cumplir con la definición de familia asegurable, en consecuencia, se excluirán de la cobertura de esta póliza a partir de la siguiente renovación.

- **Fallecimiento**

En caso de que algún Asegurado de esta póliza fallezca quedará excluido de la cobertura a partir del inicio de la siguiente fracción de pago convenida.

c) Cambio de plan

En caso de que el Contratante solicite un cambio de amplitud de cobertura, la Institución realizará la suscripción necesaria en concordancia a las políticas de suscripción vigentes al momento de la solicitud.

d) Renovación automática

Este seguro será renovado en condiciones congruentes con las originalmente contratadas por períodos iguales, sin necesidad de aviso por parte del Contratante, por lo que no se cambiarán las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar períodos de espera o reducir límites de edad ni solicitar requisitos adicionales de asegurabilidad. El pago de la Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Institución, se entenderá como prueba suficiente de tal aceptación.

Se podrá actualizar el costo de la prima por la correspondiente de acuerdo con la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato de seguro que en ese momento se tengan registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

En caso de renovación de la presente, la Red de Prestadores, que incluyen a los Médicos de Red y Hospitales de Red a través de los cuales la Aseguradora brinde los servicios médicos amparados en el presente contrato, serán con una calidad, servicio y ubicación similar a la ofrecida al momento de celebrar la presente póliza.

La Institución informará con al menos treinta días de anticipación a la renovación de la póliza, los valores

de la Prima y Coaseguro aplicables a la misma.

En caso de que el Asegurado no desee que se lleve a cabo la renovación, deberá notificarlo a la Aseguradora en los términos previstos en la cláusula “Proceso de Cancelación del Seguro” de las presentes condiciones con por lo menos 20 días hábiles de anticipación al vencimiento de la póliza. En caso de que la Aseguradora desee no renovar el presente contrato, deberá hacerlo del conocimiento por escrito del Asegurado dentro del mismo plazo.

e) Rehabilitación

Si esta póliza hubiese sido cancelada por falta de pago de primas, ésta se cancelará a partir de la fecha de inicio del periodo de seguro cuyo recibo no fue liquidado, podrá ser rehabilitada siempre y cuando el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se hizo efectiva la cancelación del Contrato, pague a la Institución todas las primas vencidas y no se haya presentado un siniestro durante el periodo mencionado.

Satisfechas las condiciones anteriores, el seguro que ampara esta póliza entrará en vigor desde la fecha de aceptación de la solicitud de rehabilitación por parte de la Institución agregando el endoso respectivo.

Contractuales

a) Modificaciones al contrato

Los cambios o modificaciones al Contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y la Institución.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Institución, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato.

b) Omisiones e inexactas declaraciones

El Contratante y/o el Asegurado, deberán informar a la Institución, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la contratación.

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un siniestro, la Institución quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro de conformidad con los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 8°. - El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9°. - Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Institución a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a la Institución por el Contratante.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro

se hubiere ya realizado.

c) Rectificación de la póliza

“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 del seguro).

d) 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 y que este permitido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio desde toda la República Mexicana al (55) 5220 9423 de lunes a sábado de 9:00 a 21:00 hrs. y domingo de 9:00 a 15:00 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.

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

e) Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en términos del Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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.

f) 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 cantidad procedente dentro del plazo de 30 (treinta) días, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

g) Prescripción

Todas las acciones que 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."

El plazo definido no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día que la Institución haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios, se necesitará, además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por procedimiento de conciliación ante la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

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

h) Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse a la Institución en el lugar señalado como domicilio de la misma.

En los casos de que la dirección de la oficina de la Institución llegare a ser diferente de la que conste en la póliza deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Institución para cualquier efecto legal.

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

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Contratante, tendrán validez si se hacen en la última dirección que ésta conozca.

Durante la vigencia de la póliza, el titular podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que por concepto de comisión o compensación directa le 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.

i) Subrogación

Si la Institución para la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado. La Institución podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Institución concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño, o bien si es responsable de la misma.

j) Restitución

El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a la Institución cualquier indemnización que

ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o falta de oportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza y la Ley.

k) Consentimiento para el tratamiento de datos personales sensibles y/o patrimoniales

El Asegurado y/o Contratante, conoce y acepta que la manifestación de su consentimiento, respecto del presente contrato podrá ser expresada a través de Medios Electrónicos, lo cual dependerá del Canal de Contratación por el cual ha solicitado la celebración del Contrato.

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

• Bis Otorgamiento del Consentimiento.

El Asegurado y/o Contratante, podrá manifestar su consentimiento expreso mediante firma electrónica avanzada o fiable, atendiendo a lo señalado por el Código de Comercio vigente y mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo medios de aceptación), proporcionando para tal efecto aquellos datos personales que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio, teléfono(s) de contacto, número de tarjeta de débito o crédito, así como el CVV2 o código de verificación de las tarjetas, usuarios o contraseñas generadas por el propio Asegurado y/o Contratante o realizadas conjuntamente con la Institución (en lo sucesivo medios de identificación).

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

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

I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.

II. El Contratante y/o Asegurado será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado Titular.

III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado será la carátula de la póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.

IV. A través de los medios de aceptación, el Contratante y/o Asegurado podrá manifestar su consentimiento para que la Compañía le haga entrega, por cualquiera de los medios a que se refiere la cláusula de entrega de información contractual de la póliza, las condiciones generales y demás documentación contractual que corresponda a este contrato de seguro.

V. El uso de medios de identificación es de exclusiva responsabilidad del Contratante y/o Asegurado, quien reconoce y acepta como suyas todas las operaciones realizadas utilizando los mismos a través de los medios a que hace referencia el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aceptando que reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de los usuarios y/o contraseñas que, en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

VI. La utilización de los medios a que hace referencia el Artículo 214 de la Ley, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en

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

I) Entrega de documentación contractual

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

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

El Asegurado y/o Contratante podrá al momento de la contratación o través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose desde toda la República Mexicana al (55) 5220 9423 o escribe a servicio_cliente@wibe.com

La Institución 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 Institución dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico y de la confirmación de recepción por parte del contratante en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación, para tal efecto la Institución procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío.

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

La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, a través del medio elegido por el Asegurado y/o Contratante.

Adicionalmente, si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono 800 830 99 11, asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a: bbva.seguros@bbva.com

Para solicitar que la presente póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 5220 9423.

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

Para consultar el anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso común así como los preceptos legales podrás hacerlo a través de la página web: www.wibe.com

Unidad Especial de Atención de Usuarios (UNE)

Vía correo electrónico uneseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000 ext. 46115 desde toda la República Mexicana. Con domicilio en Mariano Escobedo 303, Col. Anáhuac, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del Centro de México).

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 Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

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

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

Cuando se contrata un seguro de accidentes personales es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como asegurado, al momento de adquirir una protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

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

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

Es muy fácil:

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

- Si el seguro te lo ofrece un Agente de Seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para obtenerla ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.wibe.com o llama a nuestra área de Atención a Clientes al (55) 5220 9423.

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención desde toda la República Mexicana al (55) 5220 9423 o escribe a servicio_cliente@wibe.com

Además puedes acudir a nuestra Unidad Especial de Atención de Usuarios con domicilio en Mariano Escobedo 303, Col. Anáhuac, Alcandía 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).

“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 agosto de 2024, con el número CNSF-S0079-0324-2024/CONDUSEF-006551-01”.

**BBVA SEGUROS MEXICO, S.A. DE C.V.
GRUPO FINANCIERO BBVA MEXICO**

Centro de Atención a Siniestros.

Para dar aviso inicialmente de un siniestro, ten a la mano tu Póliza y marca este número completo desde toda la República Mexicana:

800 911 wibe (9423)

Servicio las 24 horas, los 365 días del año.

Centro de atención a clientes.

Asesoría personalizada:

Lunes a sábado de 8:00 a 21:00 hrs.

Domingos de 9:00 a 15:00 hrs

Servicio de respuesta automática las 24 hrs,
los 365 días del año.

(55) 5220 9423

Correo electrónico:

servicio_cliente@wibe.com