

VidaSegura

Condiciones Generales

DEFINICIONES _____ 3

COBERTURA BÁSICA _____ 8

EXCLUSIONES GENERALES DEL BENEFICIO DE FALLECIMIENTO _____ 9

COBERTURAS ADICIONALES _____ 9

SERVICIOS DE ASISTENCIAS _____ 17

PRIMAS _____ 23

VIGENCIA _____ 24

GENERALIDADES _____ 25

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

“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 27 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0079-0369-2020/CONDUSEF-004473-02”.

I. DEFINICIONES**1. INSTITUCIÓN**

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

2. ASEGURADO

Es aquella persona física que aparece con carácter de Asegurado Titular en la Póliza emitida por la Institución.

3. CONTRATANTE

Persona física o moral, cuya propuesta sirve de base para la expedición de este contrato y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas. El Contratante podrá ser el propio Asegurado, en caso de que sea otro diferente se hará constar en la Póliza.

4. BENEFICIARIO**4.1. BENEFICIARIO DESIGNADO**

Se entiende por Beneficiario la persona o personas designadas como tales por el Asegurado, cuyos nombres aparecen en la carátula de la Póliza o las personas que en su caso designe posteriormente el Asegurado, para recibir los beneficios del presente seguro.

"Advertencia:

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

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

"La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada"

4.2. BENEFICIARIO IRREVOCABLE

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.

4.3. CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado tendrá derecho de hacer una nueva designación de Beneficiarios en cualquier tiempo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y 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 por la cobertura respectiva, de los cuales haya tenido conocimiento con base en la última Póliza emitida.

4.4. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Si el Asegurado no hubiera designado Beneficiarios, o si solo se hubiere designado uno y hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado. A la muerte de alguno de los Beneficiarios ocurrida previa o simultánea con la del Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales con la de los demás Beneficiarios supervivientes, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

5. PLAN DE SEGURO

El plan de seguro está indicado en la carátula de la Póliza conforme a lo siguiente:

- a) **Plan Creciente:** La Suma Asegurada de los beneficios mencionados más adelante, se actualizará en cada renovación de la Póliza de acuerdo con el porcentaje de incremento contratado e indicado en la carátula de la misma. En caso de siniestro, el (los) beneficio(s) se pagará(n) de acuerdo con la Suma Asegurada alcanzada a esa fecha y hasta el tope máximo de cada cobertura, en caso de que éste exista.

Los beneficios sujetos a crecimiento, de establecerse así en la carátula de la Póliza, son: fallecimiento, anticipo por enfermedades graves, gastos funerarios, muerte accidental, primer diagnóstico de cáncer e invalidez total y permanente; siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

- b) **Plan Fijo:** La Suma Asegurada se mantendrá constante en cada renovación del contrato de acuerdo con la Suma Asegurada contratada para cada beneficio.

6. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada estará estipulada en la carátula de la Póliza para cada cobertura, misma que estará nominada en moneda nacional o dólares de los Estados Unidos de América a elección del Asegurado conforme a lo establecido en el numeral 5. MONEDA, Cláusula VII. GENERALIDADES.

7. PERIODO DE ESPERA

Se entenderá como el tiempo ininterrumpido que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia o última rehabilitación de la Póliza para tener derecho a ciertas coberturas.

Dicho periodo queda establecido para cada beneficio en el que aplique.

El periodo de espera será aplicable únicamente durante el primer año de vigencia o última rehabilitación.

8. DOLO

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

9. MALA FE

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

10. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Se entenderá como aquella que se haya manifestado previo a la contratación de la Póliza o del beneficio, incluyendo las que se manifiesten dentro del periodo de espera siempre y cuando;

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

11. ENFERMEDAD AMPARADA

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

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

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

12. ACCIDENTE AMPARADO

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca 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, entre otros, se entenderán como Accidente Amparado, 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.

13. TRATAMIENTO MÉDICO

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

14. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

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

15. HOSPITAL

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

16. HOSPITALIZACIÓN

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

17. MÉDICO

Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulado con cédula profesional legal y autorizada para ejercer la profesión médica.

18. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Para efectos de este seguro se entenderá como diagnóstico clínico el informe preparado por el médico, basado en el historial clínico del Asegurado, incluidos los exámenes, estudios de gabinete y/o laboratorio efectuados.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

19. PRIMER DIAGNÓSTICO

Para efectos de este seguro se entenderá como Primer Diagnóstico, aquel diagnóstico clínico de cualquier enfermedad grave cubierta que se haya dictaminado al Asegurado para determinar por primera vez la existencia de dicha enfermedad grave, en cualquier parte del cuerpo.

20. PRUEBAS

Es la documentación que se utiliza para comprobar los diagnósticos o para la realización de investigación del siniestro.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones 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 esta Póliza y la realización del evento, ya sea por parte del Asegurado o cualquier de sus Beneficiarios.

La Institución podrá conservar los diagnósticos, estudios, radiografías, análisis, encefalogramas, certificaciones de expedientes, facturas e historias clínicas, y demás elementos probatorios aportados por el reclamante, resulte o no procedente la indemnización

21. PRUEBAS PATOLÓGICAS

Se define como el documento que contiene los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos del seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad relacionada con la enfermedad de que se trate. Dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes realizados.

22. CÁNCER

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

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

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

22.1. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

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

22.2. CÁNCER "IN SITU"

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

23. INFARTO AL MIOCARDIO

La muerte (necrosis) de una parte del músculo cardíaco a consecuencia de suministro sanguíneo insuficiente corroborado.

24. EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Significa la obstrucción y/o ruptura vascular aguda de la circulación sanguínea causada por la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia intracerebral, el infarto cerebral que genera daños neurológicos permanente (alteración del habla, pérdida de la actividad o parálisis).

25. LUPUS (lupus eritematoso sistémico)

La enfermedad inflamatoria, auto inmunitaria que afecta la respuesta inmunológica o de defensa del organismo, originando trastornos crónicos que lesionan las articulaciones, piel, los riñones, corazón, pulmones, vasos sanguíneos y cerebro afectando al menos dos de ellos.

26. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La enfermedad progresiva desmielinizante, neurodegenerativa crónica del sistema nervioso central, que afecta el sistema motor y sensitivo del organismo. Se presenta en forma recurrente, cada ocasión recibe el nombre de episodio o brote; cada nuevo episodio o brote provoca una mayor lesión en el sistema nervioso central.

27. ENFERMEDAD DE PARKINSON

El trastorno degenerativo del sistema nervioso central que afecta las habilidades motoras, el habla y otras funciones. Puede provocar temblores, movimientos involuntarios y/o rigidez.

28. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La falla funcional, crónica e irreversible de ambos riñones que hace necesaria la diálisis peritoneal, hemodiálisis o el trasplante renal.

29. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se definirá Invalidez total y permanente a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuando esta 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 provoque 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.

29.1. 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

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

(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).

30. 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).

31. 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.

32. CULPA GRAVE

Se define como el grado más alto de negligencia. Ocurre cuando el Asegurado omite las precauciones más elementales para prever el siniestro.

33. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Los tratamientos ambulatorios son procedimientos médicos que pueden realizarse en una clínica o un centro hospitalario sin la necesidad de que el paciente pase la noche en éste, ya que las pruebas o intervenciones se realizan en pocas horas, al igual que la recuperación del individuo.

34. PADECIMIENTO CONGÉNITO

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que durante el periodo gestacional originó diversas malformaciones congénitas, será considerado como un mismo evento.

35. DÍAS NATURALES

Los días naturales son todos los 365 con los que cuenta el año (366 en año bisiesto)

36. DÍAS HÁBILES

Los días hábiles son el total de los días naturales; sin contar sábado, domingo ni días marcados como festivos.

II. COBERTURA BÁSICA

1. BENEFICIO DE FALLECIMIENTO

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios, de acuerdo con el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada estipulada en la Póliza para este beneficio al ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza.

2. SUMA ASEGURADA

Para el beneficio por Fallecimiento se podrá elegir el pago de la Suma Asegurada, al momento de la contratación conforme a lo siguiente:

- a) **En una sola exhibición:** La Institución pagará al Beneficiario designado por el Asegurado, la Suma Asegurada en una sola exhibición de acuerdo con el monto señalado en la caratula de la Póliza para esta cobertura.
- b) **En rentas:** La Institución pagará mensualmente al Beneficiario designado por el Asegurado, el número de rentas aseguradas contratadas y según el tipo de plan de seguro contratado especificados en la carátula de la Póliza para dicho beneficio.

En caso de que durante el período de pago del beneficio por Fallecimiento sobreviniese el fallecimiento

del Beneficiario, las rentas aseguradas que restasen por pagar, se pagarán a la persona que previamente hubiere designado el Beneficiario.

EXCLUSIONES GENERALES DEL BENEFICIO DE FALLECIMIENTO

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

III. COBERTURAS ADICIONALES

1. BENEFICIO DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido la cobertura y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

Mediante esta cobertura la Institución otorgará al Asegurado un anticipo de la suma asegurada del beneficio de Fallecimiento, el cual estará estipulado en la carátula de Póliza y se pagará cuando se presente una Enfermedad Grave de acuerdo con las definiciones señaladas por la Institución en la presente cláusula.

La Institución pagará el monto correspondiente siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que el Asegurado no hubiera nombrado ningún Beneficiario con carácter de irrevocable
- Que los padecimientos más adelante previstos se presenten después del periodo de espera para la presente cobertura el cual será de 3 meses para todos los casos exceptuando la enfermedad de Parkinson cuyo Periodo de Espera será de 6 meses.
- Que la Póliza se encuentre vigente

Reducción de los valores de la Póliza

El pago que efectúe la Institución al amparo de esta cláusula, producirá los siguientes efectos:

- La Suma Asegurada del beneficio de fallecimiento, se reducirá hasta la cantidad que corresponda, dependiendo del anticipo por enfermedad terminal estipulado en la carátula de la Póliza.

Enfermedades graves: Será toda alteración del estado de la salud provocada por una enfermedad, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas como Enfermedades Graves por la Institución.

Las siguientes enfermedades serán reconocidas por la Institución como graves:

1.1. CÁNCER

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el médico especialista e ir acompañado del informe médico y pruebas realizadas.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE CÁNCER

- a) Diagnósticos clínicos por cáncer posteriores al primer diagnóstico.**
- b) El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.**
- c) Cáncer cérvico uterino "in situ"**

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

- d) **Displasia cervical (neoplasia intraepitelial cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados pre-malignos (por histología).**
- e) **Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.**
- f) **Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como pre malignos y cualquier clase de cáncer no invasivo (quedan amparados los melanomas malignos).**
- g) **Cánceres de la próstata en etapa T1 del sistema "tumor, ganglios linfáticos, metástasis" (TNM), desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b)) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor**
- h) **Cáncer, carcinomatosis o tumores malignos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier síndrome o enfermedad similar, así como infecciones oportunistas.**
- i) **El sarcoma de Kaposi y otros sarcomas relacionados con la infección o derivados del virus VIH o SIDA.**
- j) **Cualquier condición médica preexistente de cáncer definida en el apartado I. DEFINICIONES, numeral 13. ENFERMEDAD PREEXISTENTE**
- k) **El cáncer del aparato respiratorio durante el primer año de contratación del beneficio, una vez transcurrido este tiempo quedará amparado. Este período es aplicable únicamente el primer año en que se contrata el beneficio.**
- l) **Cualquier tipo de cáncer o lesión pre maligna diagnosticada dentro del período de espera mencionado en el numeral 1. ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES de este apartado. Si dentro de este período el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento, enfermedad o lesión de cáncer, la Suma Asegurada contratada no se otorgará.**

1.2. Infarto al Miocardio

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el médico especialista e ir acompañado del informe médico y de, por lo menos, dos de los siguientes criterios que sustenten el diagnóstico:

- Dolor del pecho típico (opresivo; intenso; irradiado al cuello, a los brazos; de predominio del lado izquierdo, durante un tiempo mayor a 30 minutos).
- Aparición de cambios en el electrocardiograma (elevación del segmento ST-T, inversión de la onda T y aparición de ondas Q patológicas).
- Elevación de enzimas cardíacas, incluyendo un examen de creatina-fosfoquinasa en el corazón (CPK-MB o CPK-2) y troponinas con por lo menos el doble del valor considerado normal.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE INFARTO AL MIOCARDIO

- a) **No se cubre el infarto del miocardio sin elevación del segmento ST, con elevación de Troponina I o T, u otros síndromes coronarios agudos.**

1.3. EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Neurólogo) e ir acompañado por el informe médico y alguno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Imagen de resonancia magnética (IRM)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Arteriografía cerebral
- Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT)
- Examen del líquido cefalorraquídeo

1.4. LUPUS (lupus eritematoso sistémico)

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista, Reumatólogo o Inmunólogo) e ir acompañado del informe médico y de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que documenten:

- Proteinuria
- Cilindros urinarios
- Uremia
- Desequilibrio electrolítico
- Anemia
- Leucopenia
- Linfopenia
- Trombocitopenia
- Células de lupus eritematoso (LE) positivas
- Anticuerpos: anti-desoxirribonucleico, anti-nucleares, anti-ribonucleico, antifosfolipídicos y anti-Smith
- Resultado positivo para anticoagulante lúpico
- Falso positivo en pruebas serológicas de sífilis (VDRL)

1.5. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista o Neurólogo) e ir acompañado del informe médico y de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Estudios de conductividad nerviosa de los nervios ópticos, sensoriales y motores
- Electromiografía
- Imágenes de resonancia nuclear magnética (RNM)
- Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Banda oligoclonal de inmunoglobulina G (IgG) en líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Índice antígeno inmunoglobulina G (IgG) elevado
- Potenciales evocados

Tiene que haber por lo menos dos lesiones distintas verificables por resonancia magnética, además de evidencias de nuevos síntomas o lesiones, en un intervalo no menor de 30 días naturales entre episodios.

1.6. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Neurólogo, Internista o Geriatra) e ir acompañado del informe médico y de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que documenten los siguientes criterios y sustenten el diagnóstico:

Grupo A:

- Temblor en reposo
- Bradicinesia
- Rigidez
- Comienzo asimétrico

Grupo B:

- Inestabilidad postural prominente en los primeros 3 años posteriores al comienzo de los síntomas

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

- Fenómeno de congelamiento (freezing) en los primeros 3 años
- Alucinaciones no relacionadas a medicamentos en los primeros 3 años
- Demencia precediendo a los síntomas motores o en el primer año
- Parálisis supranuclear de la mirada o enlentecimiento de los movimientos verticales de los ojos
- Síntomas severos de disautonomía no relacionadas a medicamentos
- Los síntomas han estado presentes por al menos 3 años y ninguna de las características del grupo B están presentes al día

Es necesario que estén presentes todas las características de ambos grupos.

1.7. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo indique que está en la fase de sustitución de la función renal y sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Nefrólogo) acompañado del informe nefrológico y estudios realizados que sustenten el diagnóstico y tratamiento. El Asegurado deberá estar en tratamiento con diálisis, hemodiálisis o en el programa de trasplante de órganos conforme a la Norma Oficial Mexicana.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica con filtración glomerular (GFR) de 30 mL/min o más.

1.8. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

La cobertura de este beneficio terminará en el momento en que se efectúe el pago del anticipo de Suma Asegurada que establece la presente cláusula

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

a) Enfermedades pre-existentes, o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia del beneficio o durante el Periodo de Espera.

b) Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente en la cláusula 1. ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES.

2. BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios designados que presenten el certificado médico de defunción, tendrán derecho a que la Institución les pague en una sola exhibición la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para el beneficio de gastos funerarios.

2.1. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este beneficio es adicional e independiente a la Suma Asegurada del beneficio por fallecimiento al cual se adhiera este beneficio y se pagará el monto establecido en la carátula de la Póliza para esta cobertura.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS

Para efectos de este beneficio aplican las exclusiones enunciadas en el apartado EXCLUSIONES GENERALES DEL BENEFICIO DE FALLECIMIENTO

3. BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

La Institución pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada estipulada en la carátula de Póliza para este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente amparado o si fallece dentro de los 90 (noventa días) siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

3.1. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este beneficio es adicional e independiente a la Suma Asegurada del beneficio por fallecimiento al cual se adhiera este beneficio y se pagará el monto establecido en la caratula de la Póliza para esta cobertura.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL

Accidentes que se originen por:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- c) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 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 entre aeropuertos establecidos.**
- e) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, motociclismo o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- g) Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre.**
- h) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- i) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol a partir de un grado mayor a 101% mg/ml en la sangre. Para el caso en que el Asegurado se encuentre en control de algún vehículo será culpa grave cuando el grado de alcohol en la sangre sea igual o mayor a 50%mg/ml.**
- j) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- k) Hernias, eventraciones, aborto o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que los anteriores ocurrieron a causa de un accidente.**
- l) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta Póliza o de su última rehabilitación.**
- m) Trastornos de enajenaciones mentales, psicológicas, nerviosas o seniles, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estados de depresión psíquica nerviosa o Alzheimer.**
- n) Homicidio intencional, siempre y cuando el Asegurado participe como sujeto activo en actos delictivos.**

4. BENEFICIO DE APOYO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del Contrato de Seguro, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Institución pagará al Asegurado el monto que resulte de multiplicar los días de hospitalización por la Suma Asegurada diaria contratada para este beneficio en la carátula de la Póliza, aplicando el deducible que se indica en esta cláusula.

Este beneficio operará a partir del período de espera, establecido en el numeral 4.2 de esta cláusula.

En caso de Fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización y, siempre y cuando tuviera derecho a la Suma Asegurada estipulada para este beneficio, la Institución pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios del Asegurado.

4.1. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este beneficio es adicional e independiente a la Suma Asegurada del beneficio por fallecimiento al cual se adhiera este beneficio.

4.2. PERÍODO DE ESPERA PARA EL BENEFICIO DE APOYO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN

El periodo de espera para este beneficio será de 3 meses. **Si dentro de este periodo de espera, el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento que requiera hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de alguna enfermedad amparada, la Suma Asegurada contratada no será otorgada.**

En caso de hospitalización como consecuencia de algún accidente amparado, no se aplicará dicho período de espera.

4.3. DEDUCIBLE

La Institución aplicará un deducible de 48 horas de estancia hospitalaria continua en el hospital por cada enfermedad o accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las primeras 48 horas de hospitalización.

Dicho deducible opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.

4.4. PERIODO MÁXIMO DE BENEFICIO

El número máximo de padecimientos/accidentes a cubrir será de dos por año de vigencia de la Póliza.

El número máximo de días de hospitalización a cubrir para cada enfermedad o accidente amparado será de 180 (ciento ochenta) días naturales.

4.5. REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este Beneficio se reinstalará automáticamente cada año, al momento de la renovación de la Póliza bajo los mismos términos contratados inicialmente.

4.6. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

Además de lo señalado en el apartado VI. VIGENCIA, numeral 3. TERMINACIÓN DEL SEGURO, esta cobertura terminará en el momento en que ocurra una de las situaciones siguientes:

- a) En caso de Fallecimiento del Asegurado.
- b) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE APOYO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN

Para el caso de hospitalización por enfermedad o padecimiento:

- a) **Intento de suicidio**
- b) **Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o**

psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquico nervioso o Alzheimer

- c) Embarazo, parto, cesárea o aborto
- d) Control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente
- e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones
- g) Tratamientos o cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales
- h) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso
- i) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción
- j) Tratamientos relacionados con diálisis
- k) Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía
- l) Padecimientos de nariz y senos paranasales
- m) Tratamientos ambulatorios
- n) Atención médica en el servicio de urgencias del hospital
- o) Padecimientos congénitos
- p) Cualquier condición médica preexistente definida en el apartado I. DEFINICIONES, numeral 13. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Para el caso de hospitalización por accidente aplican las exclusiones enunciadas en el apartado EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL.

5. BENEFICIO DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

Si durante la vigencia de la Póliza de la cual forma parte este beneficio, al Asegurado se le diagnostica clínicamente cáncer por primera vez, la Institución le pagará la Suma Asegurada contratada para el Beneficio de Primer Diagnóstico de Cáncer estipulada en la carátula de la Póliza. La Institución le pagará al Asegurado la indemnización correspondiente siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que al Asegurado se le diagnostique clínicamente cáncer después del período de espera, el cual será de 3 (tres) meses para este beneficio, exceptuando el cáncer del aparato respiratorio cuyo periodo de espera será de 1 (un) año
- Que el beneficio se encuentre vigente

En caso de fallecimiento del Asegurado y siempre y cuando tuviera derecho a la Suma Asegurada estipulada para este beneficio, la Institución pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios del Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

5.1. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

Además de lo señalado en el apartado VI. VIGENCIA, numeral 3. TERMINACIÓN DEL SEGURO, la cobertura para este Beneficio terminará en el momento en que ocurra una de las situaciones siguientes:

- a) En caso de Fallecimiento del Asegurado.
- b) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 70 años de edad

EXCLUSIONES GENERALES DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Para efectos de este beneficio aplican las exclusiones enunciadas en el numeral 1.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE CÁNCER de estas condiciones.

6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

La Institución pagará al Asegurado, cuando quede inválido total y permanentemente conforme a la definición establecida en la cláusula I. DEFINICIONES, 29. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, 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.

6.1. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

Además de lo señalado en el apartado VI. VIGENCIA, numeral 3. TERMINACIÓN DEL SEGURO, la cobertura para este Beneficio terminará en el momento en que ocurra una de las situaciones siguientes:

- a) En caso de Fallecimiento del Asegurado
- b) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 75 años de edad
- c) Al momento que el Asegurado obtenga una pensión por cesantía en edad avanzada, vejez o cualquier otra que implique su jubilación por razón de su edad

EXCLUSIONES 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 provoquen 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 viaje 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 éstas, 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.

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Si en la carátula de la Póliza se indica que se incluyen los servicios para la Asistencia médica y Asistencia funeraria, se aplicarán las siguientes condiciones generales:

1. DEFINICIONES GENERALES PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Prestador de Servicios

Aquella compañía que subcontratada por BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, otorgará los servicios de asistencias a los Asegurados y Beneficiarios de la Póliza de Seguro que amparan las presentes Condiciones Generales.

Familia

Cuando se mencione el término "Familia o Familiar" se referirá al Asegurado Titular de la Póliza, su cónyuge, sus hijos y los padres del Asegurado Titular de la Póliza que contenga el beneficio.

Urgencia Médica

Necesidad de suministrar inmediatamente Servicios Médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función de un órgano o la integridad corporal de una persona.

Servicios de Asistencia

Los servicios asistenciales que gestiona el Prestador de Servicios al Asegurado Titular y/o su familia en los términos de estas condiciones generales. Para los casos de Situación de Asistencia, todos los Servicios de Asistencia serán proporcionados a solicitud del Asegurado Titular o Representante, según sea el caso, las 24 horas de los 365 días del año.

Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado Titular y/o su familia, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

Equipo Médico del Prestador de Servicios

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del Prestador de Servicios al Asegurado Titular y/o su familia.

Equipo Técnico del Prestador de Servicios

El personal técnico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del Prestador de Servicios al Asegurado Titular y/o su familia.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

2. ASISTENCIA MÉDICA

Esta asistencia se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicha asistencia y, por lo tanto, aparezca indicada en la carátula de la Póliza correspondiente.

2.1. 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 éste se encuentre al momento de solicitarlo. Este servicio se proporcionará para el Asegurado Titular; así como su cónyuge, sus hijos y/o los padres del Asegurado, las 24hrs. del día, los 365 días del año con cobertura en cualquier estado de la república mexicana.

Se proporcionan 3 servicios gratuitos. Para los servicios posteriores, el Beneficiario pagará una cuota fija en cada visita domiciliaria directamente al médico que esté proporcionando el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

EXCLUSIONES PARTICULARES DEL ENVÍO DE MÉDICO A DOMICILIO

- a) Elaboración de certificados médicos
- b) Práctica de cualquier procedimiento quirúrgico en el domicilio
- c) Procedimientos ginecológicos

2.2. ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE

Si a causa de Enfermedad o Accidente, el Asegurado Titular sufre lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico, recomiende su hospitalización, el Prestador de Servicios 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, como ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo con las heridas o lesiones que se presenten.

Se proporcionarán 2 servicios gratuitos por año y los eventos excedentes serán por cuenta del Asegurado, a precios preferenciales, mismos que serán determinados por el Prestador de Servicios de acuerdo con la condición del servicio.

Este servicio incluye el uso de una ambulancia aérea al año sin costo, con cobertura únicamente a nivel nacional y deberá solicitarse a través del Prestador de Servicios. Solo aplica en caso de accidente del Asegurado Titular. Tiene 1 evento de límite por año.

EXCLUSIONES PARTICULARES DEL ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE

- a) En el caso del servicio de ambulancia aérea, queda excluido el uso por enfermedad o complicaciones de alguna enfermedad preexistente.

2.3. MÉDICA TELEFÓNICA

A solicitud del Asegurado, el Equipo Médico le asistirá gratuitamente, orientándole telefónicamente sobre dudas relacionadas con:

- a) Utilización de medicamentos y efectos secundarios,
- b) Orientación en caso de Urgencia Médica,
- c) Síntomas o molestias que le estén aquejando,
- d) Interpretación de exámenes de laboratorio,
- e) Orientación en planificación familiar y educación sexual,
- f) Vacunas,
- g) Prevención de automedicación,
- h) Tabaquismo,
- i) Alcoholismo y fármaco dependencia,

j) Primeros auxilios.

Esta orientación se brinda sin límite de eventos.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

a) El Médico no podrá expedir recetas médicas

2.4. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

A solicitud del Asegurado, la Institución brindará orientación nutricional vía telefónica proporcionándole:

- a) Una guía para dieta balanceada de acuerdo con el perfil del Asegurado
- b) Asesoría para mejorar los hábitos alimenticios
- c) Información nutricional
- d) Control de la obesidad y peso
- e) Ayuda al conteo de calorías
- f) Recetas nutritivas

Esta orientación se brinda sin límite de eventos.

2.5. ORIENTACION EMOCIONAL TELEFÓNICA

La Institución proporcionará asesoría psicológica vía telefónica al Asegurado y su Familia, en caso de que se encuentren en situación crítica de conducta y estados anímicos a través de terapia breve. De la misma manera se dará referencia de psicólogos con precio de consulta preferencial sujetos a disponibilidad del Prestador de Servicios.

Esta orientación se brinda sin límite de eventos.

EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA MÉDICA

- a) Todas aquellas contempladas en estos términos y condiciones.
- b) Todos los gastos que se generen a partir de la orientación o alguna referencia brindada por el Prestador de Servicios.
- c) Queda excluida la solicitud de servicio de asistencia médica telefónica que contravenga las buenas prácticas de la medicina.
- d) Los gastos erogados en la atención médica serán responsabilidad exclusivamente del Asegurado y su familia y de ninguna forma el servicio de Asistencia será un seguro de gastos médicos.
- e) Cuando por una acción intencional del Asegurado o su Familia resulte la comisión de un delito.
- f) La solicitud de servicio de asistencia que contravenga la ley o cuando por disposición de la autoridad respectiva no sea posible brindar el servicio.
- g) No aplican reembolsos de ningún tipo de gasto.

Quedan excluidas de los Servicios las siguientes situaciones:

- h) Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa 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.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

- i) Autolesiones o participación del Asegurado o su Familia en actos delictivos intencionales, suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- j) Accidente ocurrido en estado de ebriedad o bajo el uso de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.**
- k) La participación intencional del Beneficiario Asegurado o su Familia en riñas, huelgas y alborotos populares.**

La Institución no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:

- l) Cuando el Asegurado no se identifique como Asegurado activo**
- m) Cuando el Asegurado o su Familia no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.**
- n) Cuando el Asegurado o su Familia incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.**

3. ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL

Esta asistencia se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicha asistencia y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

El servicio de Asistencia Funeraria será a nivel nacional dentro de la república mexicana e incluye una Repatriación de Restos Mortales desde Estados Unidos de América para el Asegurado Titular de la Póliza, siempre y cuando al momento de la muerte la Póliza se encuentre vigente.

Aplica un servicio funerario completo para el Asegurado Titular ya sea a causa de muerte natural o muerte accidental. La edad de aceptación será de 18 hasta los 99 años. El servicio deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento, deberá de ser coordinado desde un inicio por el Prestador de Servicios y se podrá solicitar servicio de cremación o inhumación a consideración de los Beneficiarios.

El Servicio de Asistencia Funeraria incluye lo siguiente:

- a) Asesoría telefónica sobre los Servicios Funerarios y lo que incluye
- b) Coordinación y apoyo a la familia o representante para llevar a cabo el Proceso Funerario
- c) Orientación referente a donde puede ser llevado a cabo el Servicio Funerario
- d) Asistencia Legal Funeraria
- e) En caso de que se requiera, coordinación y envío de médico autorizado, que dará fe del fallecimiento

El Prestador de Servicios asesorará en todo momento a la familia del Beneficiario fallecido en todos los trámites relacionados con el servicio funerario tales como:

- a) Asesoría y gestoría para la obtención del certificado o acta de defunción
- b) Tramitación de la dispensa de necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan
- c) En caso de muerte violenta, el Prestador de Servicios realizará ante el Ministerio Público y el servicio médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Beneficiario
- d) Información y asesoría sobre trámites legales testamentarios
- e) Asistencia psicológica a familiares (tanatológica)
- f) Arreglo estético del cuerpo
- g) Embalsamado solo en caso de que por condiciones del cuerpo lo requiera
- h) Flores

- i) Ataúd metálico estándar o de madera del servicio estándar o básico
- j) Sala de velación o domiciliaria (mesa, pedestal, candeleros, torcheros y cristo)
- k) Carroza al cementerio o crematorio con traslado no mayor a 30 km, o en caso de cremación la urna para cenizas
- l) Todos los gastos que se generen por el traslado del cuerpo de una ciudad a otra, dentro de la república mexicana.

Adicionalmente, el Asegurado Titular o sus Beneficiarios en caso de muerte simultánea, podrán aplicar un descuento para familiares directos por muerte natural y accidental, (cónyuge, padres o hijos) sobre el precio a público de los servicios funerarios mencionados en la cobertura funeraria. Este descuento podrá ser aplicado siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente y se haya contratado la asistencia, la cual deberá aparecer en la carátula de Póliza. La edad de aceptación para este descuento adicional será de 18 a 70 años y deberá ser coordinado desde un inicio por el Prestador de Servicios y estará sujeto a disponibilidad del mismo prestador, no aplica reembolso y se tendrá derecho a un evento durante toda la vigencia de la Póliza, siempre y cuando tenga contratada dicha asistencia.

Una vez seleccionado el Prestador de Servicio Funerario y que se cuente con el acta o certificado de defunción, el Prestador de Servicios brindará la atención entre 12 y 24 horas posteriores a la solicitud.

3.1.REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES DESDE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

En caso de la muerte del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, fuera de su lugar habitual de residencia, a petición de algún familiar o representante el Prestador de Servicios coordinará los servicios necesarios para el transporte de los restos del Asegurado al lugar habitual de residencia que hubiera tenido en vida y gestionará el traslado a una funeraria autorizada cercana a dicha residencia.

Los servicios de repatriación de restos mortales incluyen:

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

Los gastos por Repatriación de Restos no tendrán un límite monetario.

Para poder proceder con la Repatriación de Restos es necesario que el cuerpo se encuentre liberado, esto significa que no esté detenido por ningún Gobierno Local o Federal o alguna Institución Gubernamental Competente.

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

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

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

En caso de actos de delincuencia, terrorismo o accidentes; los trámites, impuestos y gastos generados de lo anterior correrán a cargo de los familiares del titular.

Los Servicios solo podrán ser prestados previa entrega del Certificado de Defunción extendido por la Institución (hospital) o dependencia de gobierno (médico forense).

4. ASISTENCIA FUNERARIA FAMILIAR

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el Asegurado haya elegido dicho beneficio y, por lo tanto, aparezca indicado en la carátula de la Póliza correspondiente.

El servicio de Asistencia Funeraria será a nivel nacional dentro de la república mexicana.

El servicio de la Asistencia Funeraria familiar ampara al Asegurado Titular con todos los beneficios mencionados en la cláusula IV. SERVICIOS DE ASISTENCIAS, 3. ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL, adicionalmente ampara familiares directos del Asegurado cuando el fallecimiento sea por causa de muerte accidental, entendiéndose como familiares directos a cónyuge, padres e hijos de acuerdo a lo siguiente:

- Dos servicios funerarios completos que incluyen los servicios mencionados en la cláusula 3. ASISTENCIA FUNERARIA INDIVIDUAL, excepto la Repatriación de Restos Mortales desde Estados Unidos de América.
- La edad de aceptación para los familiares directos será de 1 a 99 años y el trámite deberá ser coordinado desde un inicio por el Prestador de Servicios y se tendrá derecho a dos eventos durante toda la vigencia de la Póliza, siempre y cuando se haya contratado dicha asistencia.

Estos servicios no cuentan con periodo de espera.

Una vez seleccionado el Prestador de Servicios funerarios y que se cuente con el acta o certificado de defunción, el Prestador de Servicios brindará la atención entre 12 y 24 horas posteriores a la solicitud.

EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA FUNERARIA

- Todas aquellas contempladas en estos términos y condiciones.**
 - En caso de muerte con violencia, no se otorgará el servicio sin la carta de liberación del cuerpo, expedida por el Ministerio Público correspondiente.**
 - No se realizará reembolso del servicio funerario bajo ninguna circunstancia.**
 - No se podrá brindar la asistencia cuando la solicitud se realice más allá de las primeras 24 horas en que haya ocurrido la defunción.**
 - Cuando por una acción intencional del Asegurado o Familiar 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.

- h) Autolesiones o participación del Asegurado o Familiar en actos delictivos intencionales, suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio durante el primer año de vigencia de la asistencia, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- i) Accidente ocurrido en estado de ebriedad o bajo el uso de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.
- j) La participación intencional del Asegurado o Familiar en riñas, huelgas y alborotos populares

La Institución no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:

- k) Cuando el Asegurado o Familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- l) Cuando el Asegurado o Familiar incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.

V. PRIMAS

1. 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.

2. VENCIMIENTO

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

3. LUGAR DE PAGO DE PRIMAS

El Asegurado 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, el Asegurado y la Institución 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 los pagos de las primas en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, los cuales bajo ninguna circunstancia podrán ser inferiores a un mes.

5. PERIODO DE GRACIA

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

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

VI. VIGENCIA

1. INICIO DE VIGENCIA

Las coberturas especificadas surtirán efecto a partir del día y hora que se señala en la carátula de la Póliza como inicio de vigencia y continúan durante el periodo de seguro mientras la Póliza no haya sido cancelada.

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

2. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Si a la fecha de vencimiento de vigencia del seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad límite establecida por la Institución, la renovación se hará en forma automática por otro periodo de la misma duración al contratado inicialmente y por la Suma Asegurada del plan contratado de acuerdo a la última renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado; sin embargo, **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.**

La renovación del Contrato de Seguro en los términos establecidos en la presente cláusula, siempre otorgará el derecho de antigüedad para efectos de realizarla sin requisitos de asegurabilidad, así como para que los periodos de espera y las edades límite no puedan ser modificados en perjuicio del Asegurado.

3. TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

- a) Al aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquel en que el Asegurado cumpla 99 años de edad.
- b) Fallecimiento del Asegurado
- c) En el caso al que se refiere el apartado V. PRIMAS, numeral 5. PERIODO DE GRACIA

4. PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

1. Internet o cualquier otro medio electrónico disponible por la Institución
2. Llamando al Centro de Servicio al Cliente de la Institución al (55) 1102 0000 desde cualquier parte de la república mexicana, de lunes a viernes de las 8:30 a las 16:00 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado 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.

5. REHABILITACIÓN

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

- Que se solicite por escrito y se compruebe a la Institución que el Asegurado reúne las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud.
- Que el periodo al descubierto no sea mayor a tres meses contados a partir de la fecha en que se cancele el contrato por la falta de pago de primas.
- Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que el Asegurado cubra la prima o primas en descubierto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Institución comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación. Dicha rehabilitación solo podrá solicitarse una vez durante la vigencia de la Póliza.

VII. GENERALIDADES**1. CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS**

El Contratante, el Asegurado y el Beneficiario tienen la opción de hacer uso de medios electrónicos; para la celebración de servicios y operaciones relacionados con este Contrato de Seguros y que estén disponibles por la Institución.

Para efecto de lo anterior el Contratante, el Asegurado y el Beneficiario pueden otorgar su consentimiento para aceptar la contratación del uso de medios electrónicos, a través de nuestra página de internet. Los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos se encuentran disponibles en nuestra página electrónica y pueden ser consultados en www.bbvasseguros.mx

2. EDAD

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

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

3. EDAD LÍMITE DE ACEPTACIÓN

La edad de aceptación para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 65 años, con renovación hasta los 99 años.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

4. EDAD FUERA DE LÍMITE

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

5. MONEDA

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Institución o por parte del Asegurado, están denominados en la moneda que se estipula en la carátula de la Póliza, ya sea moneda nacional o dólares de los Estados Unidos de América (USA), sin embargo, conforme a la Ley Monetaria vigente.

En caso de que el seguro se haya contratado en dólares de los Estados Unidos de América (USA), las obligaciones de pago se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha que se realice el pago.

6. AVISO DE 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 los **artículos 66 y 76**, ambos de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**.

7. COMPROBACIÓN

En caso de reclamación por siniestro, el Beneficiario y/o el Asegurado deberá(n) presentar ante la Institución las formas de declaraciones correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, en las que deberá(n) consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá(n) con su firma bajo protesta de decir verdad.

La Institución a su costa tendrá derecho de solicitar a el (los) Beneficiario(s) y/o el Asegurado 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 proporcionada, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

7.1. DEL BENEFICIO DE FALLECIMIENTO

Junto con la reclamación, los beneficiarios deberán exhibir las pruebas que obren en su poder y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener, las cuales se describen de manera enunciativa y no limitativa, como son:

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

7.2. DEL BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL

Junto con la reclamación, los beneficiarios deberán exhibir las pruebas que obren en su poder y las que le

solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener, las cuales se describen de manera enunciativa y no limitativa, como son:

- Certificado de defunción
- Copia certificada del Acta de defunción
- Actuaciones del Ministerio Público completas

7.3. DEL BENEFICIO DE APOYO DIARIO PARA HOSPITALIZACIÓN

Junto con la reclamación, el Asegurado deberá exhibir las pruebas que obren en su poder y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener, las cuales se describen de manera enunciativa y no limitativa, como son:

- Actuaciones del Ministerio Público completas en caso de accidente
- Resumen clínico expedido por el médico que atendió al Asegurado en caso de enfermedad
- Constancia hospitalaria original indicando fecha y hora exacta de ingreso y egreso, causa y diagnóstico de la hospitalización en hoja membretada con sello y firma de la institución

7.4. DEL BENEFICIO DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

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

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

7.5. DEL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Junto con la reclamación, el Asegurado deberá exhibir las pruebas que obren en su poder y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener, las cuales se describen de manera enunciativa y no limitativa, como son:

- Dictamen emitido por una institución pública (IMSS, ISSSTE) o similar
- Actuaciones del Ministerio Público completas en caso de accidente
- Resumen clínico expedido por el médico que atendió al Asegurado en caso de enfermedad

8. LUGAR DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

9. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Asegurado o el Beneficiario podrán plantear su reclamación ante la Unidad Especializada para la Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o, en su caso, podrá hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

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

10. ARBITRAJE PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Cuando se presente alguna controversia respecto si la enfermedad es preexistente, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral conforme a lo establecido en la presente cláusula.

El Asegurado cuenta con 30 (treinta) días naturales para solicitar el procedimiento arbitral, contados a partir de que tuvo conocimiento de que la enfermedad era considerada como preexistente por la Institución, dicho procedimiento deberá efectuarse mediante arbitraje médico independiente.

Las partes designarán de común acuerdo al perito médico que fungirá como árbitro, dentro de los siguientes 10 (diez) días hábiles, el cual no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y, al ser designado árbitro, deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas hará el nombramiento del perito.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro; y las partes, en el momento de acudir a ella, deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada, solamente para determinar si la enfermedad es preexistente. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Institución

11. PRESCRIPCIÓN

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

- 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 solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

12. 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.

13. RECTIFICACIÓN

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

14. 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 Institución y para cualquier otro efecto legal.

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

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.

15. MODIFICACIONES

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

16. 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 o Beneficiario 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

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

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 1,000 a 1,500 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.”

17. 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)

18. 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 sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los **artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal** y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el gobierno mexicano, o si el nombre de los Asegurados o su Beneficiario, sus actividades,

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el gobierno mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el **artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que 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.

19. COMISIONES DE INTEDEMIARIOS.

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado o Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud

20. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

- a) De manera presencial
- b) Solicitando dicha documentación través de Servicio de Atención a Clientes (SAC)
- c) Envío al domicilio del Asegurado por los medios que la Institución utilice para tal efecto
- d) Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el Asegurado, 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: (1) desde toda la república mexicana al (55) 1102 0000 y (2) enviando un correo electrónico a: atencionbbvaseguros@bbva.com

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el inciso c, 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 inciso d), 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, 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**.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro.

Adicionalmente, si el Asegurado y/o Contratante no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 1102 0000, asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a: bbvaseguros.mx@bbva.com

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvaseguros.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvaseguros.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvaseguros.mx/disposiciones-legales-vigentes

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0079-0369-2020/CONDUSEF-004473-02”.

CONDICIONES GENERALES

VidaSegura

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

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

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

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

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

Cuando se contrata un seguro de vida es muy común que se desconozcan los derechos que 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.bbvasseguros.mx 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 Institución 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 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 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. Desde toda la república mexicana: 800 847 7348 o escribe a atencionbbvasseguros@bbva.com

Unidad Especializada de Atención a Clientes, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvasseguros.mx

“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 27 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0079-0369-2020/CONDUSEF-004473-02”.

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:

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

Servicio de lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

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

Desde toda la república mexicana
800 902 1300

Centro de Servicio al Cliente

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

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

Asesoría en línea de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs. en
Chat: www.bbvasseguros.mx (Sección Otros Servicios)
Correo electrónico: atencionbbvasseguros@bbva.com

Asistencias y Servicios

Asistencia en el Hogar

Auxilio Vial

Momentos Especiales

Condiciones Generales

I.	ASISTENCIA EN EL HOGAR	2
II.	EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA EN EL HOGAR	4
III.	AUXILIO VIAL	4
IV.	EXCLUSIONES DE AUXILIO VIAL	6
V.	MOMENTOS ESPECIALES	7
VI.	EXCLUSIONES DE MOMENTOS ESPECIALES	8

I. ASISTENCIA EN EL HOGAR

1. Mejorando Tu Casa (casos de urgencia)

A solicitud del Asegurado en casos de urgencia que comprometa la seguridad de la vivienda y sus habitantes, el Prestador de Servicios coordinará el envío urgente de un proveedor en las siguientes especialidades:

1.1. Plomería

A solicitud del Asegurado y/o Beneficiario, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un profesional para la reparación de rotura de tuberías, llaves u otras instalaciones fijas de agua del domicilio del Asegurado, siempre y cuando no exista disposición de autoridad que lo impida y que el estado de las instalaciones lo permita.

1.2. Cerrajería

A solicitud del Asegurado, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un profesional para restablecer la apertura y el correcto funcionamiento de las cerraduras de la puerta de la vivienda del Asegurado, cuando la cerradura esté inservible por descompostura o intento de robo, y por lo cual se haga imposible el acceso a la vivienda, siempre y cuando se trate de puertas no computarizadas. Este servicio no es transferible a terceros, por lo que esta asistencia aplica únicamente para el Asegurado Titular de la Póliza de la cual forma parte esta asistencia.

1.3. Vidriería

En caso de rotura de vidrios o cristales de puertas o ventanas que formen parte de la fachada de la vivienda del Asegurado y/o Beneficiario, como consecuencia de una situación accidental, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un proveedor que procederá a la reposición del vidrio o cristal afectado por la rotura.

La asistencia refiere únicamente a vidrios exteriores, entendiéndose por tal ventanas o puertas de cristal que formen parte de la fachada de la vivienda que no se encuentren en el interior de la casa.

1.4 Electricidad

A solicitud del Asegurado y/o Beneficiario, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un profesional para el restablecimiento del suministro de energía eléctrica, cuando no haya corriente en alguna o en todas las fases de la instalación en el interior de la casa, resultado de fallas o avería de las instalaciones eléctricas de la misma, siempre que no exista disposición de autoridad que lo prohíba y que el estado de las instalaciones lo permita.

1.5. Albañilería

Si como consecuencia del uso de los servicios eléctricos o de plomería se requiere la reparación de paredes o superficies, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un profesional.

2. Mejorando Tu Casa (asistencia especializada con cita)

A solicitud del Asegurado y/o Beneficiario se enviará un especialista al domicilio para que cotice cualquier servicio señalado en el párrafo siguiente, para reparación, ampliación, mantenimiento o remodelación que se requiera.

Los servicios que se pueden realizar son:

- Cambio de cuadros.
- Cambio de vidrios.
- Colocación de persianas.
- Colocación de repisas.
- Accesorios varios de cocina o baño.
- Reparación de albañilería.
- Cambio de llaves.
- Cambio de céspol.
- Instalación de equipos electrónicos (pantallas, teatro en casa, consolas de videos juegos).

- Instalación de electrodomésticos y línea blanca (estufas, lavadoras, ventiladores).
- Instalación de accesorios eléctricos (contactos).
- Aplicación de pinturas e impermeabilizante.
- Barnizado de puertas o muebles.
- Instalación de papel tapiz y cenefas.

Los beneficios de “Mejorando Tu Casa” (en caso de urgencia y asistencia especializada con cita) están limitados a un máximo de \$750.00 (setecientos cincuenta pesos 00/100 m.n.) por evento, teniendo derecho a 3 (tres) evento(s) sin costo al año en combinación de los servicios antes señalados, incluyendo materiales y mano de obra. En caso de que se rebase el límite anterior, o para eventos subsecuentes, se realizará la cotización para autorización del Asegurado y/o Beneficiario, quien deberá cubrir el costo directamente al proveedor del servicio. Si el Asegurado y/o Beneficiario está en desacuerdo o se requiere por proceso, se realizará una segunda cotización con un proveedor alternativo.

El Prestador de Servicios coordinará con el proveedor (profesional para cada servicio) la cita para otorgar la asistencia requerida. El Prestador de Servicios enviará al Asegurado y/o Beneficiario el presupuesto que elabore el proveedor y dará recomendaciones para que el Asegurado y/o Beneficiario tome su decisión. Una vez que el presupuesto haya sido aceptado, el Asegurado y/o Beneficiario asumirá la totalidad del costo de los trabajos a realizar (mano de obra, materiales, etc.), descontando el monto de la cobertura que tiene, \$750.00 m.n. por evento y debiendo realizar el pago directamente al proveedor del servicio. Estos servicios se gestionan desde un inicio a través del Prestador de Servicios. Si requiere eventos subsecuentes serán a precios preferenciales durante el periodo de vigencia de los servicios.

3. Condiciones para la prestación de los servicios de Mejorando Tu Casa y asistencia especializada

- El servicio se brindará solamente si es solicitado por el Asegurado Titular.
- El servicio se brindará solo si el Asegurado Titular es propietario, copropietario o arrendatario de la vivienda afectada, en el entendido que aplica únicamente para casa-habitación, por lo que se excluyen expresamente todo tipo de local comercial, taller, oficina y cualquier predio con uso distinto al de casa-habitación.
- El servicio se brindará siempre y cuando el Asegurado Titular esté físicamente presente durante los trabajos y/o reparaciones solicitadas, o bien autorice expresamente por escrito a otra persona para recibir y pagar al profesional y/o aceptar el trabajo terminado. En caso de cerrajería por temas de seguridad se solicita que esté presente el Asegurado Titular durante el servicio.
- El servicio de Mejorando Tu Casa se brindará únicamente en casos de emergencia, que para efectos de este contrato se define como una situación accidental y fortuita que deteriore el inmueble, que no permita su utilización cotidiana, que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes.
- La red de proveedores con la que se otorgarán los servicios es finita y limitada a la infraestructura de la ciudad o localidad donde se solicite dicho servicio.
- Todos los servicios cuentan con noventa días naturales de garantía con el proveedor del servicio.
- En caso de que el Asegurado gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, el servicio ya no es aplicable.
- Los servicios serán aplicables a petición del Asegurado o de un familiar o responsable (a quién nombraremos Beneficiario), en caso de incapacidad del Asegurado para la comunicación.
- En casos de fuerza mayor la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso el Prestador de Servicios hará su mayor esfuerzo por otorgar la asistencia en las mejores condiciones posibles.
- Los costos preferenciales a que hace referencia el presente anexo están sujetos a cambios sin previo aviso y podrán variar dependiendo del estado de la república mexicana en que se encuentre el Asegurado.

II. EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA EN EL HOGAR

Exclusiones particulares por servicio

1. Plomería: Destape de WC, siempre y cuando se trate de desazolve, destape de

coladeras, registros, drenajes, reparación de bombas de agua, reparación de daños por filtraciones o humedades, aunque sean consecuencia de la rotura de las cañerías o de otras instalaciones, reparación o reposición de aparatos sanitarios, calderas, calentadores, radiadores, aparatos de aire acondicionado y, en general, de cualquier aparato electrodoméstico conectado a las tuberías de agua.

2. **Electricidad:** Reparación de elementos propios de la iluminación como lámparas, focos, bombillas o tubos fluorescentes, balastos, apagadores, enchufes o bombas eléctricas y reparación de averías que sufran los aparatos de calefacción, electrodomésticos y, en general, los aparatos que funcionen a base de suministro de energía eléctrica.
3. **Cerrajería:** Bastones, guanteras, cajones, closets, cajas de seguridad y similares, cerraduras eléctricas.

Exclusiones Generales

- a) **En general, quedarán excluidos los servicios de plomería, electricidad y cerrajería, que no requieran de una atención inmediata y que sean mejoras u ornamentos estéticos.**
- b) **Quedan excluidos los daños y contingencias provocados intencionalmente por el asegurado, así como los que tengan origen en hechos de guerra, revolución, rebelión, sedición, motín, alboroto popular y otros hechos que alteren la seguridad interna del Estado (vandalismo) y cuando se impida el acceso a la vivienda por orden o actos de autoridad, al igual que en casos de terremoto, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos naturales o por consecuencia directa de estos.**
- c) **La instalación de servicios de gas natural, televisión de paga, satelital o por cable como líneas telefónicas quedan excluidos debido a que dichas instalaciones las realizan directamente y en exclusiva los proveedores de estos servicios.**

III. AUXILIO VIAL

La Institución se obliga a prestar los servicios de asistencia desde el lugar de residencia permanente del Asegurado y/o Beneficiario (kilómetro 0), hasta en cualquier otro de la república mexicana, siempre y cuando el modelo del vehículo cuente con hasta veinte años de antigüedad y sea de uso servicio particular.

El servicio se otorgará las 24 horas de cualquier día, con solo una llamada telefónica al 800 URGENTE desde cualquier lugar de la república mexicana.

1. Auxilio vehicular

En caso de pérdida de la circulación autónoma del Vehículo Asegurado a consecuencia de falta de gasolina, acumulador descargado, pinchadura o falta de aire de llantas, la Institución a través de su proveedor de asistencia vial, otorgará los servicios necesarios, incluyendo el abastecimiento de hasta 5 (cinco) litros de gasolina, para corregir dichos problemas en el lugar mismo en que sucedan, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse por sus propios medios. Este servicio tiene un máximo de 2 (dos) eventos por año.

La Institución a través de su proveedor de asistencia vial, no pagará en ningún caso, el costo de aceites, acumuladores, ni por la reparación de llantas o la gasolina en exceso de los mencionados 5 litros. En todos los casos, el Asegurado y/o Beneficiario deberá estar presente al momento del traslado.

2. Envío y pago de remolque

Cuando el Vehículo Asegurado se encuentre en circulación y no pueda continuar a causa de una avería

(no accidente), y no permita la circulación autónoma del vehículo, la Institución a través de su proveedor de asistencia vial, otorgará los servicios de remolque, hasta por \$2,000.00 (dos mil pesos 00/100 m.n.) por evento, al lugar o taller más cercano, para su reparación, o donde el usuario lo indique; en caso de que el costo de traslado al lugar indicado por el Asegurado y/o Beneficiario supere este monto, la diferencia será pagada por el Asegurado y/o Beneficiario directamente al prestador del servicio.

Este servicio tiene un máximo de 2 (dos) eventos por año.

3. Obligaciones del Asegurado y/o Beneficiario

3.1. Solicitud de Asistencia

En caso de una situación de asistencia, y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado y/o Beneficiario llamará a la cabina de atención de asistencias de la Institución, quien le transferirá a su proveedor de asistencia vial, en donde el Asegurado y/o Beneficiario deberá proporcionar los siguientes datos:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y si es posible, número de teléfono donde la Institución a través de su proveedor de asistencia vial, podrá contactar con el Asegurado y/o Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y número de Póliza.
- c) Describirá el problema y el tipo de ayuda que necesite.

La Institución a través de su proveedor de asistencia vial, tendrán libre acceso al vehículo para conocer su situación; y si tal acceso le es negado, por el Asegurado y/o Beneficiario, el proveedor de asistencia vial, no tendrá obligación de prestar ninguno de los servicios de asistencia.

3.2. Imposibilidad de notificación

Solo en casos de falta de prestación de servicios, absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Asegurado y/o Beneficiario para solicitar los servicios en los términos de estas condiciones; dicho Asegurado y/o Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios.

En dichos casos se contemplan los reembolsos de servicio de remolque:

- En caso de peligro de vida. En situación de peligro de muerte del usuario.
- En caso de avería que genere la utilización urgente de una grúa, sin previa notificación, el Asegurado y/o Beneficiario deberá contactar si es posible con la cabina de atención de asistencias de la Institución, a más tardar dentro de las 24 horas siguientes de la avería o una vez que haya desaparecido el impedimento. A falta de dicha notificación, el Asegurado y/o Beneficiario será responsable de los costos y gastos ocasionados.

En todos los casos de remolque por avería y auxilio vehicular, es necesario que el Asegurado y/o Beneficiario, acompañe a la grúa durante el trayecto del traslado o, en su caso, levante un inventario de acuerdo con los formatos que utilice el prestador de servicios.

4. Normas generales

4.1. Precaución

El Asegurado y/o Beneficiario está obligado a tratar de moderar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

4.2. Cooperación con la Institución a través de su proveedor de asistencia vial

El Asegurado y/o Beneficiario deberá cooperar con la Institución a través de su proveedor de asistencia vial, para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al proveedor de asistencia vial, los documentos necesarios y ayudarla, con cargo del costo a ésta, para completar las formalidades necesarias.

4.3. Subrogación

La Institución a través de su proveedor de asistencia vial, se subrogará exclusivamente, por la vía civil, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado y/o Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado y/o Beneficiario contra cualquier responsable de avería, que hayan dado lugar a la prestación de los servicios de asistencia.

4.4. Personas que prestan los servicios de asistencia

Las personas o sociedades que prestan los servicios de asistencia son contratistas independientes del Prestador de Servicios de asistencia vial, por lo que la Institución es responsable por la prestación de los servicios, de acuerdo con lo estipulado en este contrato, por las deficiencias en que incurran tales personas o sociedades.

IV. EXCLUSIONES DE AUXILIO VIAL

Esta asistencia en ningún caso ampara:

- 1. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Asegurado y/o Beneficiarios, de duración superior a sesenta días naturales, no dan derecho por el exceso en el periodo de sesenta días a los Servicios de Asistencia.**
- 2. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa, 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.**
 - Autolesiones o participación intencional del Asegurado y/o Beneficiario en actos criminales.**
 - La participación del Asegurado y/o Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - La participación del Asegurado y/o Beneficiario y/o del vehículo en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones, o pruebas de seguridad o resistencia.**
 - Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de accidente causado por combustibles nucleares.**
 - Enfermedades mentales o alienación.**
 - Traslado y/o trasplante de órganos o miembros.**
 - Embarazos en los últimos tres meses antes de la “fecha probable del parto”, así como este último y los exámenes prenatales.**
 - Enfermedades, estados patológicos, accidentes personales o accidentes automovilísticos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica, o por ingestión de bebidas alcohólicas.**
 - Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
 - Golpes o choques intencionados, así como la participación directa del vehículo en actos criminales.**

- **Labores de mantenimiento, revisiones del vehículo, reparaciones mayores, y la compostura o armado de partes previamente desarmadas por el Asegurado y/o Beneficiario o por un tercero no autorizado o no profesional.**
- **El costo de la gasolina y/o aceites, acumuladores descargados o en mal estado, y la reparación de llantas serán con cargo al Asegurado y/o Beneficiario. (Excepto los primeros 5 litros de gasolina, cuando el vehículo se haya quedado sin ésta).**

V. MOMENTOS ESPECIALES

La Institución otorgará a través del Prestador de Servicios, un monedero electrónico al asegurado, al ocurrir alguno de los eventos cubiertos para esta asistencia y que se describen más adelante.

El Asegurado será la única persona que podrá reclamar este beneficio.

Se cubrirá solo un evento por año, ocurrido en territorio nacional, durante la vigencia de la Póliza y se reinstalarán los beneficios al renovarse la vigencia de la Póliza. La solicitud del servicio, cancela dicha asistencia durante la vigencia de la Póliza.

1. Eventos cubiertos

1.1. Primer Matrimonio

La Institución, otorgará el servicio para brindar apoyo en los gastos del Asegurado en caso de que contraiga matrimonio por primera vez, siempre y cuando suceda durante la vigencia de la Póliza.

Se considera matrimonio al contrato celebrado en territorio nacional ante los funcionarios que establece la legislación correspondiente de los Estados Unidos Mexicanos y con las formalidades que ella contenga.

El periodo de espera para este servicio será de 3 meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y será aplicable únicamente durante el primer año de vigencia.

1.2. Nacimiento de un hijo

La Institución, otorgará el servicio para brindar apoyo en los gastos del Asegurado en caso del nacimiento de algún hijo, siempre y cuando suceda durante la vigencia de la Póliza.

El periodo de espera para este servicio será de 9 meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y será aplicable únicamente durante el primer año de vigencia.

1.3. Compra de una casa

La Institución, otorgará el servicio para brindar apoyo en los gastos del Asegurado en caso de adquirir un bien inmueble, siempre y cuando suceda durante la vigencia de la Póliza.

El periodo de espera para este servicio será de 3 meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y será aplicable únicamente durante el primer año de vigencia.

2. Terminación del servicio

La prestación del servicio terminará en el momento en que ocurra una de las situaciones siguientes:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- b) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a aquel en que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

VI. EXCLUSIONES DE MOMENTOS ESPECIALES

Este servicio en ningún caso ampara:

- a) Cuando no se haya cumplido con el periodo de espera para cada evento cubierto.**
- b) Para el evento de “primer matrimonio” cuando se compruebe que previamente existió otro evento de la misma naturaleza.**