

Ayuda Hospitalaria

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. COBERTURAS _____ 3

III. PRIMAS _____ 5

IV. VIGENCIA _____ 6

V. GENERALIDADES _____ 6

CLÁUSULA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL _____ 9

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO _____ 10

CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO _____ 11

CONDICIONES GENERALES

Ayuda Hospitalaria

“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 08 de marzo de 2007, con el número CNSF-S0079-0028-2007 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-S0079-0057-2019/CONDUSEF-000207-03”.

I. DEFINICIONES

1. Institución

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

2. Asegurado

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

3. Designación de Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios para el pago de la indemnización correspondiente al beneficio del seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado habiendo sido hospitalizado como consecuencia de un accidente amparado, a su cónyuge; en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales; y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado Titular por partes iguales; y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los Beneficiarios, en cualquier momento podrá designar o cambiar sus Beneficiarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, conforme a la prelación antes señalada, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

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

II. COBERTURAS

1. Suma asegurada

La Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza, estará nominada en moneda nacional conforme a lo establecido en el numeral 4. Moneda, cláusula V. GENERALIDADES.

2. 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) 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, quedan amparados siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor.

3. Beneficio de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDA)

Cuando por prescripción médica exista un periodo de hospitalización de al menos 24 horas continuas e ininterrumpidas, la Institución pagará al Asegurado el monto que resulte de multiplicar los días de hospitalización en exceso del deducible por la suma asegurada diaria contratada para este beneficio en la carátula de la Póliza.

Dicho periodo de hospitalización deberá darse dentro de los noventa días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente amparado; de lo contrario, el Beneficio de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente no operará.

CONDICIONES GENERALES

Ayuda Hospitalaria

En caso de que el Asegurado se encuentre hospitalizado o en estado de invalidez al momento de inicio de vigencia de la Póliza, este beneficio operará a partir de que transcurra el periodo de carencia, establecido en el numeral 5. Periodo de carencia, de esta misma cláusula.

El periodo máximo que cubrirá la Institución por cada evento o accidente amparado será de 180 días, en exceso del deducible.

4. Deducible

La Institución aplicará un deducible de 24 horas continuas e ininterrumpidas de estancia hospitalaria por cada accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las primeras 24 horas de hospitalización. Dicho deducible opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento, sin importar si se estuvo en habitación o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

5. Periodo de carencia

Se entenderá como el lapso de tiempo ininterrumpido que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de alta del hospital o que haya cesado el estado de invalidez del Asegurado, el cual será de 31 días naturales.

Este periodo será aplicable, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado o en estado de invalidez al momento de inicio de vigencia de la Póliza, dentro de este periodo de carencia, la Suma Asegurada contratada no será otorgada.

Si en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza el Asegurado se encuentra hospitalizado, esta cobertura entrará en vigor a partir de la fecha en que hayan transcurrido 31 días posteriores a la fecha en que el Asegurado haya sido dado de alta del hospital.

En el caso de invalidez, la cobertura entrará en vigor 31 días posteriores a la fecha en que clínicamente haya cesado dicho estado de invalidez.

Este periodo de carencia será aplicable únicamente durante el primer año que se encuentre vigente la Póliza.

6. Periodo de hospitalización

Es el periodo en que debido a la gravedad de las lesiones causadas por un accidente sea estrictamente necesario que permanezca el Asegurado internado en un hospital. Este periodo deberá ser mayor de 24 horas continuas.

7. Hospital

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

8. Periodo máximo de beneficio

El número máximo de días de hospitalización a cubrir para cada evento o accidente amparado será de 180 días.

9. Exclusiones

Accidentes que se originen por:

- a) **Participar en actos de guerra, rebelión, riña (siempre y cuando el Asegurado sea el provocador), actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.**
- b) **Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**

- c) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Uso de motocicletas, motonetas u otros motocicletos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur.
- e) Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica y espeleología.
- f) Lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- g) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- h) Lesiones que resulten de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
- i) Hernias, eventraciones, aborto o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que los anteriores ocurrieron a causa de un accidente.
- j) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta Póliza o de su última rehabilitación.
- k) Trastornos de enajenación mental, nerviosos o seniles, psicológicos, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, estados de depresión psíquico nervioso o Alzheimer.
- l) La hospitalización del Asegurado como consecuencia de alguna enfermedad.

10. Comprobación

En caso de reclamación por siniestro, el Asegurado deberá presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así como los documentos médicos relacionados con la reclamación que hagan constar los días de hospitalización.

La Institución a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado las pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare a someterse a dichas pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone este numeral.

III. 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 de la prima

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

3. Lugar de pago de primas

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

CONDICIONES GENERALES

Ayuda Hospitalaria

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 espera de 30 días naturales para pagar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de sus fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo y, por tanto, la Institución no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

IV. VIGENCIA

1. Inicio de vigencia

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

2. Terminación del seguro

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

- a) Al aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquel en que el Asegurado cumpla 70 años de edad
- b) En caso de fallecimiento del Asegurado
- c) En el caso a que se refiere el numeral 5. Periodo de gracia, cláusula III. PRIMAS

V. GENERALIDADES

1. Edad límite de aceptación

La edad de aceptación tanto del Asegurado para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 64 años, con renovación automática hasta los 69 años.

2. Edad fuera de límite

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

3. Edad

Si en el momento de celebrar el contrato de Seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Institución pruebas fehacientes de su edad, la Institución lo anotará en la Póliza o en el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la reclamación.

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

- a) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

4. Moneda

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

5. Renovación automática

Si a la fecha de vencimiento de vigencia del Seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad límite establecida por la Institución, la renovación se hará en forma automática por otro periodo de seguro igual al contratado inicialmente y por la Suma Asegurada de la última renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir la nueva prima que corresponda para cada renovación. Si el Asegurado da aviso en contrario por escrito a la Institución, con no menos de 30 días de anticipación al vencimiento de la Póliza, no se realizará la renovación automática.

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

El comprobante de pago de la prima correspondiente expedido por la Institución, será la prueba de renovación para el Asegurado sin obligación por parte de la Institución de enviar una Póliza nueva, siempre que la misma no haya sufrido cambios respecto a la Póliza original.

6. 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:

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

7. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82** de la misma ley.

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

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

8. Notificaciones

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

Ayuda Hospitalaria

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 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

9. Modificaciones

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

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

10. Rectificación

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

11. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado y/o Contratante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada para la Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o, en su caso, podrá hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

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

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

**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 08 de marzo de 2007, con el número CNSF-S0079-0028-2007 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-S0079-0057-2019/CONDUSEF-000207-03”.

CLÁUSULA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 1102 0000 desde toda la república mexicana a fin de que la Institución le informe cómo obtener los referidos documentos a través de la página de internet www.bbvaseguros.mx; 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 cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 1102 0000 desde toda la república mexicana. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de marzo del 2010 con el número RESP-S0079-0014-2009/G00094001”.

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

CONDICIONES GENERALES

Ayuda Hospitalaria

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)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, 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. Centro de Atención Telefónica desde toda la república mexicana (55) 1102 0000.

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

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio a Clientes de la Institución, desde toda la república mexicana al (55) 1102 0000, de lunes a viernes de las 08:30 a las 16:00 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de junio de 2016, con el número RESP-S0079-0158-2016/G00097001”.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

En relación con lo anterior, la Institución no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. (**Artículo 60** de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**).

Cláusula complementaria de agravación del riesgo

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

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

“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 12 de mayo de 2021, con el número CGEN-S0079-0018-2021/CONDUSEF-G-01299-001”.

CONDICIONES GENERALES

Ayuda Hospitalaria

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

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

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

Si 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
- Recuerda que si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro, no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado

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

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención desde toda la república mexicana (55) 1102 0000 o escribe a atencionbbvasseguros@bbva.com

Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México) y el correo 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 13 de enero de 2016, con el número RESP-S0079-0017-2016/G00089001”.

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|

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 08:30 a 19:00 hrs.

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

Chat: www.bbvasseguros.mx (Sección Otros Servicios)
Correo electrónico: atencionbbvasseguros@bbva.com