

# Viajero Bancomer

**Condiciones Generales**

## Índice

I.	DEFINICIONES .....	2
II.	COBERTURA BÁSICA.....	5
III.	EXCLUSIONES GENERALES .....	5
IV.	COBERTURAS ADICIONALES .....	5
V.	PRIMAS.....	11
VI.	VIGENCIA DEL SEGURO .....	11
VII.	SERVICIO DE ASISTENCIA.....	12
VIII.	GENERALIDADES .....	22

**“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 24 de mayo de 2017, con el número CNSF-S0079-0157-2017/CONDUSEF-002399-01”.**

**I. DEFINICIONES****1 INSTITUCIÓN**

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

**2 CONTRATANTE**

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

**3 ASEGURADO**

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

**4 BENEFICIARIO**

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.

**5 ACCIDENTE CUBIERTO**

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

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

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

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

No se considera como Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado ni tampoco aquellos eventos donde la primera atención médica y/o gasto se efectúe después de 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores al evento ocurrido que generó dichas lesiones.

**6 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Se refiere a cualquier lesión corporal a causa de un accidente que sufra el asegurado y lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades, físicas o intelectuales, del que pueda obtener alguna remuneración y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de tres meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

Se considera que la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista en un ojo son causas inmediatas de invalidez.

**7 CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR**

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

**8 COSTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS**

Se entiende como el costo promedio cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica y nivel hospitalario, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde se ha atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos.

**9 DEDUCIBLE**

Monto fijo que aplica a los primeros gastos erogados para cada Siniestro, que corre a cuenta del Asegurado y se encuentra establecido en la carátula de la póliza. Una vez que el deducible es rebasado comienza la obligación del pago teniendo como límite la Suma Asegurada contratada a cargo de la Institución. Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

**10 ENFERMEDAD GRAVE CUBIERTA**

Se entenderá como toda alteración de la salud repentina generada por agentes de origen interno, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal y/o el funcionamiento de alguno de sus órganos, y que por lo tanto provocan que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

**11 ENFERMEDAD PREEXISTENTE**

Se entenderá por Enfermedades o Padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a. Que sus Síntomas y/o Signos se hayan manifestado de manera evidente, es decir que no hayan podido pasar desapercibidos, antes del inicio de vigencia de esta Póliza. Lo anterior, deberá documentarse mediante resumen clínico o pruebas de laboratorio o gabinete.
- b. Que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado al amparo de esta Póliza.
- c. Que se compruebe su existencia previamente a la celebración del contrato, se haya declarado su existencia o que se compruebe, mediante un expediente clínico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- d. Que a consecuencia de ellos y previamente a la celebración del contrato, el Asegurado o el Contratante haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

**12 ENFERMEDAD CONGÉNITA**

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.

**13 MÉDICO TRATANTE**

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista y cirujano.

**14 FAMILIAR DIRECTO**

Se refiere a los familiares del asegurado consistentes en padres, hermanos, cónyuge e hijos.

**15 RESPONSABILIDAD CIVIL**

Es la obligación legal que tiene una persona de reparar los daños y perjuicios producidos a otra a consecuencia de una acción u omisión propia por el que deba responderse y en que haya habido algún tipo de culpa o negligencia.

**16 EQUIPAJE REGISTRADO**

Objetos de uso personal de un pasajero que lleva consigo durante el viaje en cualquier medio de transporte que es registrado en una Línea Transportista la cual le extiende un comprobante por la custodia de los mismos.

**17 LÍNEA TRANSPORTISTA**

Compañía autorizada y regulada por la autoridad competente, cuyo objetivo es el transporte público de pasajeros en rutas y horarios establecidos.

**18 SINIESTRO GRAVE EN DOMICILIO**

Suceso ocurrido en el domicilio habitual del Asegurado provocado por incendio, explosión, inundación, robo con daños y violencia mientras que éste se encuentra de viaje, y no exista persona alguna que pueda hacerse cargo de la situación. El aviso por parte del asegurado deberá darse máximo 24 hrs. de ocurrido y deberá sustentarse con denuncia penal o ante la autoridad correspondiente por parte del Asegurado.

**19 HOGAR PERMANENTE**

Se refiere al domicilio del Asegurado ubicado en el Lugar Habitual de Residencia.

**20 LUGAR HABITUAL DE RESIDENCIA**

Es el lugar geográfico dentro de la República Mexicana, donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas.

**21 VIAJE**

Es el acto donde el Asegurado se separa de su Lugar Habitual de Residencia hacia un destino diferente, siempre y cuando éste se encuentre por lo menos a una distancia de cincuenta (50) kilómetros y fuera de la zona metropolitana de su Lugar de Residencia Habitual, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por medio aéreo, acuático o terrestre, siempre que no se trate de traslados a su centro de trabajo habitual.

**22 OPERADOR TURÍSTICO**

Compañía mayorista que se encarga de la contratación y/o comercialización de servicios de alojamiento, restaurantes, empresas de transporte, etc. y los revende al usuario final, muchas veces armando paquetes de vacaciones.

**23 PRESTADOR DE SERVICIOS TURÍSTICOS**

Compañía que se dedica a prestar servicios turísticos relacionados con alojamiento, alimentación, guías turísticas y transportación

**24 PRÁCTICA AMATEUR DE DEPORTES**

Se entiende a la práctica de deportes de forma ocasional, vacacional y no profesional, es decir, que la práctica se efectúe con baja frecuencia, que no participe en competencias y que no reciba remuneración o beneficios materiales a cambio de dicha práctica.

**25 HOTEL**

Establecimiento que se dedica al alojamiento de huéspedes o viajeros.

**26 AEROLÍNEA COMERCIAL**

Compañía autorizada para el transporte público de pasajeros que está sujeta a concesión y a las rutas establecidas, itinerarios y frecuencias fijos, así como a las tarifas y horarios registrados ante las autoridades competentes de Aviación Civil.

**27 AERONAVE DE SERVICIO PÚBLICO**

Vehículo aéreo de transporte nacional e internacional de pasajeros.

**28 PASAJERO**

Persona que se traslada en cualquier medio de transporte público con ruta establecida y cuyo viaje es respaldado por un boleto a su nombre que describe el itinerario de viaje.

**29 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, a que se refiere el artículo 214 de la LISF.

**30 CANALES DE CONTRATACIÓN**

Se entenderán aquellos canales de venta, por virtud de los cuales la Institución o a través de un tercero promocionará y efectuará la venta de productos de seguros vía medios electrónicos, como pueden ser: los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, entre otros y/o (iii) por cualquier otro medio que sea acorde a lo previsto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por la Circular Única de Seguros y Fianza.

### **30.1. BANCA ELECTRÓNICA**

Conjunto de servicios de medios electrónicos contratados previamente por el Asegurado o Contratante con BBVA Bancomer, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA Bancomer, mediante de los cuales puede realizar la contratación de productos y/o servicios financieros a través del uso de medios electrónicos, tales como: i) Bancomer Móvil y ii) Bancomer.com, para los cuales es necesaria la autenticación a través del uso de claves y contraseñas que al efecto hayan convenido previamente y cuyo uso es estrictamente personal e intransferible.

### **30.2. INTERNET**

Medio electrónico por virtud del cual se define una red global que permite el intercambio libre de información entre todos sus usuarios y que para efectos de la contratación del presente producto de seguro, permite que se puedan realizar operaciones y/o contratar servicios financieros, siendo necesario la autenticación a través del uso de claves y contraseñas que al efecto hayan convenido previamente la Institución y el Asegurado o Contratante, cuyo uso es estrictamente personal e intransferible.

## **II. COBERTURA BÁSICA**

### **1 BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS (GF)**

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado por cualquier causa, los beneficiarios designados que presenten el certificado médico de defunción, tendrán derecho a que la Institución les pague la suma asegurada contratada para este beneficio por concepto de gastos funerarios, sin importar que el asegurado esté o no de viaje.

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

### **2 SUMA ASEGURADA**

La suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio estará nominada en dólares de los Estados Unidos de América, y se solventará en el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago conforme a lo establecido en el apartado VIII. GENERALIDADES, cláusula 12 MONEDA.

## **III. EXCLUSIONES GENERALES**

**a) 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.**

## **IV. COBERTURAS ADICIONALES**

### **1 BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL (BMA)**

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los beneficiarios, la suma asegurada estipulada en la póliza para este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto sin importar que esté o no de viaje.

La suma asegurada para este beneficio se otorga de manera adicional e independiente al beneficio básico de gastos funerarios y el beneficio adicional de muerte accidental en vuelo.

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

### **2 BENEFICIO DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (POA)**

Cuando el asegurado sobreviva a un accidente cubierto, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió

el accidente, la Institución pagará el porcentaje de la suma asegurada que de acuerdo a la escala corresponda a tal pérdida.

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

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

Se entenderá por:

- **PÉRDIDA DE UNA MANO.**  
Su separación de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella, o la anquilosis de la articulación citada.
- **PÉRDIDA DE UN BRAZO.**  
La amputación o anquilosis del brazo entre el hombro y el codo.
- **PÉRDIDA DE DEDOS.**  
La separación o anquilosis de dos falanges completas cuando menos.
- **PÉRDIDA DE UN PIE.**  
Su separación o anquilosis de la articulación tibio tarsiana o arriba de ella y abajo de la rodilla.
- **PÉRDIDA DE UNA PIERNA.**  
La amputación o anquilosis del muslo entre la cadera y la rodilla.
- **PÉRDIDA DE LA VISTA.**  
La pérdida completa y definitiva de la visión.

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

### 3 **BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (CAITA)**

Mediante esta cobertura, la Institución pagará al asegurado que quede inválido total y permanentemente a causa directa de algún accidente cubierto y dentro de los noventa días siguientes de haber ocurrido éste, la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, sin importar que esté o no de viaje. Será necesario que el accidente que dé origen a la reclamación requiera de atención médica dentro de los treinta días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

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



**4 BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO (MAV)**

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los beneficiarios, la suma asegurada estipulada en la póliza para este beneficio, cuando el asegurado, a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido mientras se encuentre como pasajero de una Aeronave de Servicio Público con boleto expedido a su nombre por la Aerolínea Comercial, fallezca de manera inmediata o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.

La suma asegurada para este beneficio se otorga de manera adicional e independiente al beneficio básico de gastos funerarios y el beneficio adicional de muerte accidental.

Este beneficio operará mientras el Asegurado se encuentre viajando, fuera de su lugar de residencia habitual, siempre y cuando el número de viajes que realice sea menor o igual al número máximo de viajes amparados descrito en la carátula de la póliza. Asimismo el beneficio otorgado estará limitado para cada viaje, como máximo, al número de días que se estipula en la carátula de póliza.

**5 BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE (GM)**

Mediante esta cobertura, la Institución indemnizará al Asegurado por los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, cuando sufra un Accidente Cubierto o Enfermedad Grave Cubierta, al estar viajando, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro del período de Viaje y dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente Cubierto o en que se manifieste el primer síntoma de la Enfermedad Grave Cubierta. Para el caso de gastos médicos por enfermedad, los gastos por enfermedades preexistentes no estarán cubiertos.

Se amparan los Gastos Médicos Cubiertos que excedan el Deducible estipulado en la carátula de la póliza, hasta por la Suma Asegurada contratada para este beneficio señalada en la carátula de la póliza.

Este beneficio operará mientras el Asegurado se encuentre viajando, fuera de su lugar de residencia habitual, siempre y cuando el número de viajes que realice sea menor o igual al número máximo de viajes amparados descrito en la carátula de la póliza. Asimismo el beneficio otorgado estará limitado para cada viaje, como máximo, al número de días que se estipula en la carátula de póliza.

**6 GASTOS CUBIERTOS**

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes necesarios del médico cirujano.
- b) El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- c) El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- d) El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el médico tratante.
- e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis cuando no sea reposición.
- f) El costo de hospitalización representado por el uso de habitación estándar así como los alimentos consumidos por el Asegurado.
- g) El costo por utilización de una ambulancia terrestre cuando su uso sea justificado por la gravedad del accidente que ponga en riesgo la integridad o vida del Asegurado. La Institución cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave.
- h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento cubierto.
- i) El costo por consultas médicas.
- j) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.



**7 RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN PARA LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE**

La responsabilidad de la Institución inicia a partir de que se excede el Deducible estipulado en la carátula de la póliza y estará determinado por:

- a) El límite máximo de la suma asegurada contratada para este beneficio que se indica en la carátula de la póliza.
- b) Las reclamaciones y gastos cubiertos siempre que estos se originen mientras el asegurado se encuentra de viaje fuera de su lugar habitual de residencia y mientras no exceda del número máximo de días por viaje que se estipula en la carátula de la póliza.
- c) Los gastos originados mientras el seguro se encuentre vigente.

**8 BENEFICIO DE EMERGENCIA DENTAL (ED) – LUC con el beneficio de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave**

La Institución indemnizará al Asegurado por los gastos de atención odontológica en que incurra, cuando se presente un caso de infección o trauma a consecuencia de un Accidente Cubierto siempre que el Asegurado se encuentre viajando en el extranjero.

El beneficio estará limitado únicamente al tratamiento del dolor, extracción de pieza dental cuando sea necesario y cualquier tratamiento temporal que sea justificado por el Médico que lo trate para que pueda continuar su viaje y regresar a su lugar de origen a recibir el tratamiento definitivo; adicionalmente estará limitado a un evento por viaje.

Este beneficio opera como Límite Único y Combinado con la suma asegurada de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave dependiendo de la naturaleza del evento, por lo que el gasto que se derive de esta cobertura disminuirá la suma asegurada de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o por Enfermedad Grave.

Este beneficio operará mientras el Asegurado se encuentre viajando, fuera de su lugar de residencia habitual, siempre y cuando el número de viajes que realice sea menor o igual al número máximo de viajes amparados descrito en la carátula de la póliza. Asimismo el beneficio otorgado estará limitado para cada viaje, como máximo, al número de días que se estipula en la carátula de póliza.

**9 BENEFICIO DE PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE (1EP)**

La Institución indemnizará al Asegurado por los gastos de atención médica de emergencia inicial, cuando durante su viaje y a consecuencia de una enfermedad preexistente, se presente un cuadro agudo que ponga en riesgo la integridad o vida del asegurado.

El beneficio estará limitado al monto máximo indicado en la carátula de la póliza que será destinado para atender los primeros servicios de emergencia que requiera el Asegurado, y no en los tratamientos de continuidad y mantenimiento de la enfermedad, ni en la atención definitiva de la misma.

Este beneficio operará mientras el Asegurado se encuentre viajando, fuera de su lugar de residencia habitual, siempre y cuando el número de viajes que realice sea menor o igual al número máximo de viajes amparados descrito en la carátula de la póliza. Asimismo el beneficio otorgado estará limitado para cada viaje, como máximo, al número de días que se estipula en la carátula de póliza.

**10 SUMA ASEGURADA**

La suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para estos beneficios estará nominada en dólares de los Estados Unidos de América, y se solventará en el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago conforme a lo establecido en el apartado VIII. GENERALIDADES, cláusula 12 MONEDA.

Para tener derecho a la suma asegurada el Asegurado deberá presentar su reclamación a la Institución.

Para el beneficio POA, en caso de ocurrir más de una pérdida orgánica durante la vigencia de la póliza y/o en un mismo evento, la suma de las indemnizaciones a las que pudiera tener derecho el Asegurado no excederá del cien por ciento de la suma asegurada contratada para este beneficio por vigencia de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza.

Para los beneficios GM, ED y 1EP, el pago máximo que efectuará la Institución por cada Accidente Cubierto o Enfermedad Grave Cubierta no excederá la Suma Asegurada contratada para este beneficio de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza.

#### 11 REINSTALACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA DEL BENEFICIO POA

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.

Para el caso de la suma asegurada indicada en la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave (GM), cuando se hayan generado gastos en esta cobertura en un viaje cubierto, se reinstalará de manera automática a partir del siguiente viaje y hasta el máximo contratado para la atención de accidentes o enfermedades cubiertas diferentes a las que ya hubiera originado un gasto.

#### 12 EXCLUSIONES

**Aplicables a los beneficios de:**

- **Muerte Accidental (BMA)**
- **Muerte Accidental en Vuelo (MAV)**
- **Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)**
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente (CAITA)**

**No se amparan 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 o un tercero.**
- 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, con boleto a su nombre y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- e) **Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- f) **Uso de motocicletas, motonetas y/o vehículos de motor similares acuáticos o terrestres, ya sea como piloto o pasajero.**
- g) **Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre.**
- h) **Por la práctica de cualquier deporte no mencionado excepto si se trata de la práctica amateur de deportes.**
- i) **Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- j) **Accidentes que se originen por encontrarse el asegurado bajo el efecto del alcohol a partir de un grado mayor a 0.50 mg/ml en la sangre (o 0.25 mg/L de aire espirado).**
- k) **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.**
- l) **Hernias, eventraciones, aborto o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que los anteriores ocurrieron a causa de un accidente.**

- m) Lesiones accidentales provenientes de un evento ocurrido previo a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.
- n) Trastornos de enajenaciones mentales, psicológicas, nerviosas o seniles, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estados de depresión psíquica nerviosa o Alzheimer.

**Aplicables al beneficio de:**

- **Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave (GM)**
  - a) Enfermedades o accidentes leves como gripa, dolor de garganta, dolor de cabeza, cuello u oído, dolor estomacal, o cualquier malestar o lesiones que no requieran de una intervención médica de emergencia que ponga en riesgo su integridad o la vida misma.
  - b) Tratamiento psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nervios, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
  - c) Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
  - d) Hernias o eventraciones excepto si son a consecuencia de un accidente cubierto.
  - e) Diagnósticos y tratamientos de acné.
  - f) Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad haya causado el deterioro de la visión o de la audición.
  - g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.
  - h) Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura y homeopáticos.
  - i) Enfermedades que son transmitidas sexualmente.
  - j) Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.
  - k) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.
  - l) Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.
  - m) Enfermedades congénitas.
  - n) Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
  - o) Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.
  - p) Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.
  - q) Tratamientos médicos oculares como miopía, astigmatismo, estrabismo, hipertensión ocular, melanoma ocular y cualquier otro tratamiento ocular salvo que sea provocado por un accidente cubierto.
  - r) Tratamiento de enfermedades o estado patológico producido por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcótico, o por la utilización de medicamentos sin orden médica.
  - s) Los causados por mala fe del asegurado o acompañantes del asegurado.

- t) **Enfermedades preexistentes**
- u) **Adicionalmente, para el beneficio de Gastos Médicos por Accidente aplican las exclusiones para el beneficio de Muerte Accidental enunciadas al inicio de este numeral.**

**Aplicables al beneficio de:**

- **Beneficio de Emergencia Dental (ED):**

- a. **Quedan excluidos los tratamientos alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones así como dentaduras, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en dientes.**

**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. Las primas aplicables se determinarán de acuerdo con las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**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 período de seguro, entendiéndose por período de seguro, el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. Las primas posteriores, se entenderán vencidas al comienzo de cada período.

**3 LUGAR DE PAGO DE PRIMAS**

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

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá proponer a la Institución 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 períodos de igual duración, los cuales bajo ninguna circunstancia podrán ser inferiores a un mes.

**5 PERÍODO DE GRACIA**

El asegurado gozará de un período 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.

**VI. VIGENCIA DEL SEGURO****1 INICIO DE VIGENCIA**

Los beneficios especificados en la carátula de la póliza inician a partir del momento de la contratación del seguro 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) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación la cual es de 65 años.



- b) En la fecha de término del período contratado que se estipula en la carátula de la póliza.
- c) Al ocurrir el fallecimiento del asegurado.
- d) Si el asegurado cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- e) En el caso a que se refiere el apartado V. PRIMAS, en la cláusula 5 PERÍODO DE GRACIA.

### 3 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Si a la fecha de vencimiento de cada periodo de seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad límite establecida por la Institución, la renovación se hará en forma automática por otro periodo de seguro igual al contratado inicialmente y con la Suma asegurada de la última renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir la nueva prima que se determine para cada renovación. El seguro renovado de acuerdo con lo anterior, se entenderá prorrogado en su vigencia en los términos y condiciones en que fue contratado originalmente. Si el Asegurado da aviso en contrario por escrito a la Institución, con no menos de treinta días de anticipación al vencimiento de la póliza, no se realizará la renovación automática.

La prima de renovación pagadera durante el nuevo plazo será la que corresponda a la edad que el asegurado tenga en el momento de la renovación en los términos y condiciones en que fue contratado originalmente.

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

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

## VII. SERVICIO DE ASISTENCIA

### 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA

La Institución será la única responsable frente al Asegurado, Contratante o Beneficiario por la actuación del prestador de servicios de asistencia.

De acuerdo al plan contratado, el límite de suma asegurada (SA) y condiciones para cada servicio de asistencia será de acuerdo a lo siguiente:

#	Servicio de Asistencia	Plan Integral	Plan Plus
a)	Gastos de Hotel por Convalecencia	SA: Hasta 500 USD (100 USD x 5 días)	SA: Hasta 1,200 USD (120 USD x 10 días)
b)	Repatriación Sanitaria del Asegurado	SA: Hasta 7,500 USD	SA: Hasta 20,000 USD
c)	Repatriación de Restos Mortales	SA: Hasta 5,000 USD	SA: Hasta 10,000 USD Eventos: 1 por vigencia
d)	Traslado Médico	Incluido hasta el límite indicado en la cobertura de GM	Incluido hasta el límite incluido en la cobertura de GM
e)	Acompañamiento de Menores	SA: Hasta 300 USD (100 USD x 3 días) + Vuelo en clase económica	SA: Hasta 300 USD (100 USD x 3 días) + Vuelo en clase económica
f)	Compensación por Interrupción de Viaje	SA: Hasta 1,000 USD	SA: Hasta 2,500 USD
g)	Regreso anticipado por convalecencia, accidente o enfermedad grave, fallecimiento o siniestro grave en domicilio	SA: Límite único combinado con la cobertura f) compensación por interrupción de viaje	SA: Límite único combinado con la cobertura f) compensación por interrupción de viaje
h)	Localización e Equipaje	Incluido	Incluido
i)	Servicios de Asistencia en el Hogar	Incluido	Incluido
j)	Transmisión de Mensajes Urgentes	Incluido	Incluido
k)	Servicios de Viaje y Concierge	Incluido	Incluido
l)	Asistencia Médica Telefónica	Incluida	Incluida
m)	Asesoría en la recuperación de Documentos Personales	Incluida	Incluida
n)	Asistencia Legal por Responsabilidad Civil Privada y Familiar en el extranjero	SA: Hasta 5,000 USD	SA: Hasta 10,000 USD
o)	Compensación por Robo o Extravío de	SA: Hasta 1,000 USD	SA: Hasta 5,000 USD

	Equipaje Personal		
p)	Compensación por Daño a Equipaje Personal	SA: Hasta 750 USD	SA: Hasta 2,500 USD
q)	Compensación por Demora a Equipaje Personal	SA: Hasta 200 USD	SA: Hasta 500 USD
r)	Compensación por Cancelación de Viaje	SA: Hasta 500 USD	SA: Hasta 1,000 USD
s)	Compensación por Demora de Viaje	SA: Hasta 200 USD	SA: Hasta 500 USD

**El beneficio otorgado estará limitado a un evento durante la vigencia de la póliza, en lo que se refiere a las asistencias a), b), c), y e). Por lo que respecta a las asistencias d), f), g), n), o), p), q) r) y s), el límite será hasta agotar la suma asegurada correspondiente a cada asistencia con reinstalación automática a la renovación. Para los incisos h) al m), la asistencia será ilimitada.**

## 2 GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Si el Asegurado a consecuencia de un Accidente o enfermedad grave cubierta hubiera permanecido hospitalizado y el Médico Tratante prescribe que deba de permanecer convaleciente en el lugar donde se haya prestado la atención médica, se gestionará y coordinará el hospedaje con algún prestador de servicios de su red de proveedores.

Para esta asistencia se requiere la prescripción médica generada por un profesional con licencia médica, donde se indique que el Asegurado requiere prolongar su estancia por el accidente o enfermedad grave cubierta presentada durante su viaje.

El límite máximo de días y gasto cubierto está indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.

## 3 REPATRIACIÓN SANITARIA DEL ASEGURADO

Cuando el Asegurado durante el Viaje sufra un Accidente Cubierto o Enfermedad Grave Cubierta, y de acuerdo a las condiciones médicas y al criterio del Médico Tratante y del Equipo Médico se determine que el Asegurado no puede continuar con el itinerario de su viaje, se gestionará y cubrirán los gastos por repatriación aérea (clase económica en línea regular) y/o medio de traslado más adecuado según su situación médica, así como todos los gastos suplementarios durante el viaje de regreso a su Lugar de Residencia Habitual que fueran necesarios hasta por el límite de responsabilidad indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado. Dichos gastos suplementarios incluyen de manera enunciativa más no limitativa: transporte, tratamiento, suministros y servicios médicos en que se incurran durante la repatriación del Asegurado.

## 4 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la póliza estando de viaje fuera de su Lugar Habitual de Residencia, a petición del familiar o representante del difunto, la Institución coordinará los servicios razonables y necesarios para el transporte de los restos del Asegurado al Lugar de Residencia Habitual que hubiera tenido en vida.

Los gastos del servicio estarán topados hasta el límite indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado e incluyen:

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

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 a la compañía para su coordinación y autorización.

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

El familiar o representante acreditado 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 previamente establecidas en este documento.

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.

## **5 TRASLADO MÉDICO**

A solicitud del Asegurado en caso de accidente o enfermedad grave que ponga en peligro su vida durante su viaje, un médico de la Institución determinará previamente la procedencia de la coordinación y envío de una ambulancia estándar terrestre para el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano.

Este servicio será proporcionado solo si el Asegurado se encuentra en tierra firme, la cobertura no incluye los gastos incurridos por el traslado de pasajeros de un barco a tierra firme.

Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año hasta el límite indicado en la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Grave que corresponda según el evento que lo origine.

## **6 ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES**

En caso de que el Asegurado viaje acompañado y como único responsable de menores de 16 años y a causa de haber sufrido un accidente o enfermedad grave cubierta lo imposibilite para hacerse cargo de los menores, a solicitud del propio Asegurado, la Institución coordinará el desplazamiento ida y vuelta (viaje redondo) de un familiar acreditado (mayor de 18 años de edad) en caso de que no hubiera una persona para que acompañe a los menores hasta el Lugar de Residencia Habitual del Asegurado.

Los servicios consistirán en:

- a) Se coordinará el medio de transporte ida y vuelta (redondo), en clase económica para el familiar acreditado.
- b) Este servicio está limitado a 1 (un) solo boleto de viaje.
- c) Incluye hospedaje (hasta un máximo de 3 noches) y alimentación únicamente para el familiar acreditado que vaya a acompañar a los menores hasta por los límites contratados de acuerdo a lo indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.
- d) En caso de que no hubiera un familiar acreditado mayor de edad para acompañarlos, la Institución gestionará y en su caso cubrirá, los servicios de una persona (personal de la aerolínea) para acompañar a los menores hasta el Lugar Habitual de Residencia del Asegurado. En este caso no aplica hospedaje ni gastos de alimentación.

## **7 COMPENSACIÓN POR INTERRUPCIÓN DE VIAJE**

La Institución reembolsará los gastos no recuperados, hasta por el límite indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado, si el Asegurado se ve obligado a interrumpir su viaje a consecuencia de alguna enfermedad, accidente o fallecimiento sufrido por el mismo o por algún Familiar Directo o por la ocurrencia de un siniestro grave en domicilio.

La indemnización corresponderá a los gastos de viaje contratados no utilizados y no reembolsables por la Línea Aérea Transportista y/o Prestador de Servicios Turísticos, debiendo el Asegurado comprobar tal situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida. Asimismo, la Institución pagará el boleto de regreso a su Lugar Habitual de Residencia.

Un Médico deberá recomendar clínicamente la interrupción de su viaje, debido a la gravedad del Asegurado o Familiar Directo. En caso de fallecimiento deberá acreditarse con la documentación legal expedida por la autoridad competente.

La indemnización que efectúe la Compañía por cada interrupción de viaje, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada de acuerdo al plan contratado.

#### **7 Bis REGRESO ANTICIPADO POR CONVALECENCIA, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD GRAVE, FALLECIMIENTO O SINIESTRO GRAVE EN DOMICILIO**

En caso de que el Asegurado o un familiar directo sufrieran de un accidente o enfermedad grave, fallecimiento o se presentará un siniestro grave en el domicilio declarado del Asegurado, la Institución se encargará de gestionar los trámites para retornar al Asegurado a su Lugar Habitual de Residencia.

Los límites y criterios de procedencia serán los establecidos en la cobertura del punto anterior de Compensación por Interrupción de Viaje señalada en la póliza.

#### **8 LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE**

La Institución asesorará al Asegurado en la denuncia por robo o extravío de su equipaje personal o efectos personales siempre y cuando hayan sido documentados en la Línea Transportista en la que viaja el Asegurado. En caso de recuperación del equipaje, la Institución dará aviso al Asegurado para que éste lo recupere.

#### **9 SERVICIOS DE ASISTENCIA EN EL HOGAR**

Cuando el Asegurado se encuentre de viaje y su hogar, habitado por sus familiares directos, sufra de emergencias relacionadas con instalaciones eléctricas, plomería, cerrajería y albañilería, la Institución le apoyará con la búsqueda de proveedores disponibles en su zona y la coordinación de visitas para efectuar la reparación. Los costos derivados de la visita y reparación correrán a cargo del Asegurado.

Los servicios serán atendidos a consecuencia de:

- a) **Servicios de Instalaciones Eléctricas:** Restablecimiento del servicio de energía eléctrica por causa de un corto circuito cuando la falla se origine en el interior del inmueble (casa, departamento, para uso habitacional) y que corresponda al hogar permanente del Asegurado. Reparación o cambio de tableros eléctricos, switches de cuchillas, interruptores (breakers) o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, sólo en aquellas partes que pertenezcan a la instalación eléctrica del propio inmueble (casa, departamento, para uso habitacional y que corresponda al hogar permanente del Asegurado. Nota: No incluye la reparación de ningún aparato o equipo que funcione con energía eléctrica, ni reposición de accesorios (lámparas, luminarias, balastos, focos, etc.).
- b) **Servicios de Plomería:** Se consideran dentro de estos servicios las fallas por rotura o fuga en las instalaciones hidráulicas y sanitarias que requieran reparación de emergencia por causar daño al hogar permanente (casa, departamento, para uso habitacional), del Asegurado.
- c) **Cerrajería:** Reparación y/o apertura de chapas y cerraduras dañadas por descompostura, accidente o robo en las puertas exteriores de acceso al hogar permanente del Asegurado (casa, departamento, para uso habitacional) y que atenten contra la seguridad del lugar.
- d) **Albañilería:** Se realizarán sólo aquellos trabajos que sean consecuencia de un servicio de emergencia prestado por servicios previos de electricidad, plomería y cerrajería, siendo éstos los siguientes: Demoliciones y/o aperturas de ranuras y huecos para descubrir tuberías de agua, drenajes o electricidad. Resanes de ranuras y huecos con aplanados de cemento, yeso o pasta en paredes, pisos y losas. Colocar y fijar muebles de baño, fregaderos y lavaderos, cuando se presente un cambio obligado de emergencia por fractura o desprendimiento por accidente, en estos trabajos se incluye el desmantelamiento o retiro del mueble dañado. Nota: No se incluyen como trabajos de emergencia los recubrimientos finales de pisos, paredes y techos como son losetas, azulejos, mosaicos, mármol, tapiz, pintura, materiales de barro, acabados en madera, etc.
- e) **Vidriería:** Cambio de vidrios rotos en puertas y ventanas que den a la calle y atenten contra la seguridad del hogar permanente del Asegurado (casa o departamento, para uso habitacional)
- f) **Fugas de Gas:** Se brindará apoyo telefónico para reportar a las autoridades las fugas de gas LP o Natural, así como asesoría en cuanto a las acciones emergentes a seguir.

#### **10 TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES**

A solicitud del Asegurado durante su viaje, se realizará la transmisión de mensajes urgentes derivados de una situación de emergencia, esto será por medio telefónico a la persona a contactar que indique el mismo Asegurado.

En caso de no encontrar a la persona en cuestión, se efectuarán los intentos adicionales necesarios para entregar el mensaje de emergencia.

**11 SERVICIOS VIAJE Y CONCIERGE**

A solicitud del Asegurado durante su viaje, la Institución le proporcionará asistencia telefónica de ConciERGE en:

- a) **Viajes:** Recomendaciones y reservaciones de vuelos, hoteles, cruceros y excursiones, paseos y tours. Reservas y arreglos para alquilar vehículos (incluyendo automóviles de lujo), helicópteros y yates.
- b) **Entretenimiento y experiencias:** Recomendaciones y reservaciones para teatros, ópera, ballet, conciertos, museos, eventos culturales y deportivos a nivel nacional e internacional. Recomendaciones y reservaciones en restaurantes. Información y reservas para disfrutar de la vida nocturna. Excursiones y visitas a lugares de interés. Recomendaciones, horarios y reservas de canchas de tenis, campos de golf, gimnasios y clubes deportivos. Información sobre los deportes especiales que se pueden practicar en el destino donde se encuentre el Asegurado.
- c) **Regalos y compras:** Sugerencias e ideas para regalos. Envío de arreglos florales, globos, canastas y paquetes de regalo. Localización de artículos difíciles de encontrar (dentro de lo posible). Información sobre los mejores lugares para comprar. Asistencia con compras personales.

Los gastos derivados de estos servicios estarán a cargo del Asegurado. Estarán disponibles durante el viaje del Asegurado las 24hrs del día, los 365 días del año.

**12 ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA**

A solicitud del Asegurado y durante su viaje, la Institución le proporcionará referencias médicas, hospitales y prestadores de servicios médicos dentro de su red de proveedores.

El Asegurado podrá solicitar la coordinación de una cita con un médico general u hospital, la Institución gestionará la cita con costo preferencial para el Asegurado siempre que en su red médica de proveedores se encuentre disponible un médico donde se lo requiera el Asegurado.

Este servicio se proporcionará las 24hrs del día, los 365 días del año con costo preferencial para el Asegurado quien realizará el pago directo al proveedor de servicios médicos.

En caso que el Asegurado requiera de Asistencia Psicológica, la Institución proveerá servicios de asistencia vía telefónica, sobre apoyo psicológico a consecuencia de un accidente, de estados depresivos leves, y problemas de adicciones en grado no avanzado. Bajo ninguna circunstancia se emitirá diagnóstico clínico, recomendación de medicamentos ni receta médica.

Esta asistencia se proporcionará de Lunes a Viernes de 9:00 a 6:00 pm (Ciudad de México) sin límite en el número de llamadas, pero hasta un máximo de 15 minutos por llamada, pasado dicho tiempo, se le recomendará al Asegurado consultar a un Psicólogo de manera personal con costo preferencial siempre que esté disponible en el lugar dónde se encuentre el Asegurado.

**13 ASESORÍA EN LA RECUPERACIÓN DE DOCUMENTOS PERSONALES**

En caso que el Asegurado pierda o le sean robados sus documentos de identificación se le dará asistencia para poder recuperarlos. En caso de que su boleto de avión haya sido perdido o robado, se le contactará con la compañía aérea o de viaje. Se le brindará asistencia telefónica informativa sobre a qué autoridades acercarse para que el Asegurado pueda volver a tramitar sus documentos perdidos.

**14 ASISTENCIA LEGAL POR RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA Y FAMILIAR EN EL EXTRANJERO**

La Institución cubrirá los gastos de defensa incurridos por el Asegurado con el consentimiento por escrito del mismo, derivados de cualquier juicio presentado en contra del mismo, generado por la responsabilidad civil en que incurra. Los gastos máximos de defensa del Asegurado serán por hasta el 50% del límite máximo de responsabilidad indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.

Adicionalmente reembolsará aquellas cantidades que el Asegurado llegue a estar legalmente obligado a pagar, por la reparación del daño, en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros o daños a bienes de terceros que cause

por actos u omisiones propios, no dolosos, durante un viaje cubierto que tenga lugar durante la vigencia de este seguro.

Solo aplica para Asegurados cuyas edades mínimas y máximas estén comprendidas entre 18 años cumplidos y 65 años respectivamente.

El pago de los gastos de defensa del Asegurado incluye limitativamente lo siguiente:

- a) El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el Asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por este contrato de seguro. En consecuencia, no se consideran comprendidas dentro de las obligaciones que la Compañía asuma bajo este contrato, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.
- b) El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el Asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
- c) El pago de los gastos en que incurra el Asegurado, con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

El límite de suma asegurada que se contrata para este servicio es un límite agregado para todas las pérdidas que ocurrieran durante la vigencia de este contrato, por lo que cada indemnización que la Institución pague, disminuirá la suma asegurada que ha contratado para este servicio de responsabilidad civil y se pagarán indemnizaciones hasta que se agote el monto establecido como límite.

Para que esta Asistencia tenga efecto, el Asegurado no deberá de realizar ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Institución.

Si la Institución lo considera necesario, ésta asumirá y conducirá la defensa o la presentación de cualquier reclamación y/o juicio interpuesto en contra del Asegurado con el propósito de apersonarse en dicho procedimiento.

El Asegurado coadyuvará con la Institución en su defensa o en el seguimiento de cualquier reclamación y/o juicio, proporcionando oportunamente cualquier información y documentos que tenga disponibles para su defensa.

## **15 COMPENSACIÓN POR ROBO O EXTRAVÍO DE EQUIPAJE PERSONAL**

La Institución pagará al Asegurado si su equipaje registrado es robado o extraviado totalmente mientras esté bajo custodia de una Línea Aérea Transportista utilizada por el Pasajero, Operador Turístico u Hotel hasta por el límite máximo indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado sin importar el número, cantidad o volumen de equipaje registrado.

El periodo de espera para dictaminar la pérdida de equipaje registrado será de quince (15) días contados a partir de la fecha de notificación formal de la pérdida. El asegurado deberá de contar con el comprobante de custodia del equipaje expedido por la Línea Transportista, Operador Turístico u Hotel, así como el escrito expedido por estas entidades donde se certifique la descripción y pérdida del equipaje.

El robo o el extravío del equipaje, deberá de ocurrir durante la vigencia de la póliza.

No se considera pérdida de equipaje registrado la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública, ni por el transporte de contrabando o comercio ilegal.

El pago máximo que efectuará la Institución por el total del Equipaje Registrado robado o extraviado no excederá el límite máximo indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.

## **16 COMPENSACIÓN POR DAÑO A EQUIPAJE PERSONAL**

La Institución pagará al Asegurado, si su equipaje registrado es dañado (una o varias maletas, incluye artículos personales, maletas, maletines y porta trajes) mientras este bajo la custodia de la Línea Aérea Transportista utilizada por el Asegurado. El pago máximo que efectuará la Institución por el total del equipaje dañado será hasta



el límite máximo indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado sin importar el número, cantidad o volumen de equipaje registrado.

El monto a pagar por el daño del equipaje, será el equivalente a su valor de mercado a la fecha en que acontezca el siniestro, menos una deducción correspondiente a su depreciación y su desgaste ocasionado por su uso normal y de acuerdo a las políticas de valuación e indemnización de la Compañía.

Para que esta cobertura opere, deberá de suceder lo siguiente:

- a) Que el equipaje fuese registrado por el Asegurado en el mismo vuelo en el que él mismo viajaba,
- b) Que el Asegurado presente el reporte y reclamación de daño de equipaje generado por la Línea Aérea Transportista
- c) Que el Asegurado presente el inventario específico de equipaje y objetos dañados reclamados a la Línea Aérea Transportista, junto con el importe reclamado y pagado por esta última.

#### **17 COMPENSACIÓN POR DEMORA A EQUIPAJE PERSONAL**

La Institución reembolsará al Asegurado la cantidad que haya gastado en comprar artículos de primera necesidad personal y que sean necesarios para pasar la noche sin su equipaje, sin exceder el límite indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado siempre que la entrega del equipaje registrado que contenga los artículos de primera necesidad del Asegurado se retrasé más de 12 horas contadas a partir del momento en que arribe al destino de su viaje señalado en el boleto correspondiente.

Si posteriormente se determina que el equipaje registrado se ha perdido o ha sido robado, cualquier indemnización efectuada por concepto de esta cobertura será reducida de la indemnización correspondiente a la cobertura de Robo o Extravío de Equipaje Personal contratada. De igual forma se disminuirá el monto que la Línea Aérea Transportista efectúe al Asegurado por este evento.

La Institución pagará al Asegurado, mediante reembolso, los gastos incurridos por la compra razonable de artículos de primera necesidad (ropa básica; calzado de descanso, y artículos de higiene personal) para su uso hasta que su equipaje registrado llegue o hasta el límite de la suma asegurada. Los artículos y gastos deberán de ser razonables al tiempo de retraso de dicho equipaje

Para que esta cobertura opere, deberá de suceder lo siguiente:

- a) Que el equipaje registrado se haya retrasado durante su transporte por la Línea Aérea Transportista en vuelo regular.
- b) Que el equipaje fuese registrado por el Asegurado en el mismo vuelo en el que viajaba.
- c) Que el equipaje registrado haya sido reportado como retrasado ante la Línea Aérea Transportista responsable.
- d) Que el Asegurado no haya recibido un aviso preventivo por parte de la Línea Aérea Transportista de posible demora de equipaje al momento de documentarse, como consecuencia de condiciones controladas que pudieran causar dicha demora.

El pago máximo que efectuará la Compañía por el total del equipaje registrado demorado no excederá la Suma Asegurada indicada en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado sin importar el número, cantidad o volumen de Equipaje Registrado.

Para hacer la reclamación será necesario que el Asegurado presente los documentos originales de las facturas o notas de compra con los requisitos fiscales que correspondan, mismo que deberá tener desglosados los artículos comprados, así como el documento expedido por la Aerolínea que ampare la demora del Equipaje Registrado.

#### **18 COMPENSACIÓN POR CANCELACIÓN DE VIAJE**

La Institución reembolsará los gastos no recuperados hasta por el límite indicado en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado si previo a la fecha de salida contratada, el Asegurado se ve impedido, a juicio de un Médico, para realizar el viaje a consecuencia de alguna enfermedad, accidente o fallecimiento sufrido por él mismo, por algún familiar directo.

El reembolso corresponderá a los gastos de viaje contratados y no reembolsables por la Línea Transportista y Prestador de Servicios Turísticos, debiendo el Asegurado comprobar tal situación mediante comprobante médico, la

factura correspondiente que le hubiere sido expedida y el documento comprobatorio de gastos no reembolsables expedido por la línea transportista y/o Prestador de Servicios Turísticos.

Será indispensable para la procedencia de este reembolso que el Asegurado haya realizado la compra de la póliza antes de que inicie el período de cargos de cancelación establecidos por la Línea Transportista y Prestador de Servicios Turísticos, o bien en el momento en que se pague el 100% del viaje, o cuarenta y ocho (48) horas previo a la fecha de la salida contratada con la Línea Transportista.

En caso de cancelación por enfermedad grave del Asegurado y/o Familiar directo, el Médico tratante deberá recomendar clínicamente y por escrito la cancelación de su viaje.

El reembolso que efectúe la Institución por cada cancelación de viaje, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada indicada en el punto 1 ALCANCE DE LA ASISTENCIA de este apartado de acuerdo al plan contratado.

## 19 COMPENSACIÓN POR DEMORA DE VIAJE

La Institución reembolsará al Asegurado los gastos por concepto de comida, alojamiento y transporte en caso de que su viaje incurra en una demora mientras es pasajero de una Línea Transportista.

El reembolso se efectuará siempre y cuando:

- a) La demora ocurra durante la vigencia de la cobertura.
- b) La demora sea mayor de doce (12) horas y sea originada por huelga, secuestro del vehículo, falla del vehículo, Caso Fortuito o Fuerza Mayor que afecte al vehículo marítimo, terrestre o aéreo, o bien, a la Línea Transportista en la cual el Asegurado se encuentre registrado para viajar.
- c) La línea Transportista certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.

Para este servicio la Institución pagará hasta un máximo de diez (10) días o hasta agotar el límite máximo señalado para el mismo.

Este servicio no tendrá efecto cuando la demora de viaje se deba a causas que se hayan hecho públicas o que se hayan hecho del conocimiento del Asegurado veinticuatro (24) horas previas a la salida de su viaje.

## 20 EXCLUSIONES APLICABLES A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

**Para la cobertura de asistencia legal por responsabilidad civil en viajes en el extranjero:**

- a) **Cualquier responsabilidad generada por actos y juicios dentro del territorio nacional.**
- b) **Responsabilidades ajenas, en las que el asegurado, por convenio o contrato, se comprometa a la sustitución del obligado original, para reparar o indemnizar eventuales y futuros daños a terceros en sus personas o en sus propiedades.**
- c) **Responsabilidades y/o daños ocasionados a terceros por los productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados.**
- d) **Responsabilidades y/o daños originados por contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelo, subsuelo o bien por ruidos.**
- e) **Responsabilidades y/o daños ocasionados a bienes propiedad de terceros que:**
  - **Estén en posesión del asegurado por depósito, custodia o por disposición de autoridad.**
  - **Estén en poder del asegurando en arrendamiento, subarriendo o comodato.**
- f) **Responsabilidades y/o daños ocasionados por reacción nuclear o contaminación radioactiva.**
- g) **Responsabilidades y/o daños causados con motivo de obras, construcciones, ampliaciones o demoliciones.**
- h) **Responsabilidades como consecuencia de extravío de bienes o robo.**



- i) Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos terrestres de motor.
- j) Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente o con complicidad y/o participación del asegurado o sus representantes o empleados.
- k) Responsabilidades imputables al asegurado, de acuerdo con la ley federal del trabajo, la ley del seguro social, cualquier disposición complementaria de dichas leyes y, leyes, reglamentos y normas laborales, incluyendo cualquier daño a empleados, dependientes, factores o representantes del asegurado.
- l) Responsabilidad civil y profesional por las acciones u omisiones propias en el ejercicio de la profesión u oficio del asegurado.
- m) Culpa grave o negligencia inexcusable de la víctima.
- n) Garantía de los productos que el asegurado comercialice, incluyendo daños genéticos a personas o animales.
- o) Pérdidas, daños, destrucción, distorsión, borrado, corrupción o alteración de información electrónica causados por un virus de computadora o la falla de una red externa o la pérdida de uso, reducción en la funcionalidad, costos o gasto de cualquier naturaleza resultante de ellos, sin tener en cuenta cualquier otra causa o evento contribuyente, concurrente o en cualquier secuencia de la pérdida.
- p) Cualquier reclamación que sea resultado del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedad de transmisión sexual sufrida por el asegurado.
- q) Multas, penas y perjuicios.
- r) La obligación del asegurado bajo leyes laborales, incluyendo beneficios de incapacidad. Responsabilidad del asegurado como patrón. Lesiones físicas a un empleado del asegurado.
- s) Si se ocasionan lesiones físicas o daños que se deriven por la transportación de equipo móvil (que no estén sujetos al automóvil ej; laptops, tablets, celulares, radios de comunicación, etc.) por un automóvil que sea propiedad u operado o rentado a cualquier asegurado. Lesiones físicas o daños que se deriven de uso de equipo móvil para cualquier carrera de velocidad demolición o actividad de doblaje.
- t) Responsabilidades derivadas por cualquier enfermedad o virus contagioso del asegurado.
- u) Adeudos, transacciones, convenios u otro acto jurídico que implique reconocimiento de responsabilidad del asegurado sin consentimiento de la compañía.

**Para la cobertura de repatriación de restos mortales:**

- a) Los servicios funerarios como velación, entierro y otras ceremonias funerarias; así como los gastos relacionados con la inhumación o cremación, flores, ataúd o urna.
- b) Pagos de derechos administrativos.
- c) Cuando el familiar acreditado o representante del difunto asegurado no haya proporcionado información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia.
- d) Cuando no se acredite la personalidad de la persona fallecida como asegurado de la póliza. El familiar acreditado o representante del difunto asegurado deberá de presentar identificación oficial con fotografía vigente que lo soporte.
- e) Cuando el familiar acreditado o representante del difunto asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las condiciones generales.

- f) Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico y hospitalario es por cuenta del representante y queda excluido de esta cobertura.
- g) Cuando el asegurado haya participación en actos criminales, siendo el propio asegurado el agresor principal o secundario.
- h) Enfermedades y auto lesiones (suicidio) y/o lesiones resultantes del intento de suicidio.
- i) Accidentes producidos por la gestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por gestión de bebidas alcohólicas, si estas circunstancias influyeron en forma directa en la situación de la asistencia.
- j) Los causados por mala fe del asegurado.
- k) Liberación del cuerpo y cualquier trámite legal relacionado con las autoridades del país donde fallezca el asegurado.

Para la cobertura de compensación por cancelación, interrupción o demora de viaje:

- a) La compañía no pagará indemnización alguna que resulte de cualquier tratamiento programado con anticipación relacionado con padecimientos preexistentes, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada asegurado.

Para la cobertura de compensación por pérdida de equipaje registrado:

- a) Pérdidas o robos parciales de cualquier tipo.
- b) Esta póliza no ampara las pérdidas totales o parciales que resulten de:
  - Expropiación por cualquier gobierno o aduanas, la ruptura de cualquier tipo de cámara, materiales e instrumentos de trabajo musicales, radios y bienes similares, objetos de arte y de difícil reposición, joyas, equipo electrónico, equipaje no registrado en la línea transportista y equipajes confiscado o destruido por aduanas o agencia del gobierno.

Las exclusiones aplican tanto para el asegurado como para los familiares directos en los términos establecidos en la presente póliza.

Para la cobertura de compensación por daño de equipaje:

- a) Acto intencional
- b) Defectos de materiales o mano de obra
- c) Daño provocado por el desgaste natural y/o las condiciones atmosféricas o climáticas.
- d) La pérdida o el daño debido a la demora, confiscación o detención por parte de la aduana u otra autoridad.
- e) Equipo deportivo o cualquier objeto frágil reportado como equipaje cuando su transportación sea inadecuada para este tipo de artículos.

**VIII. GENERALIDADES****1 CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES Y/O PATRIMONIALES**

El Asegurado, conoce y acepta que la manifestación de su consentimiento, respecto del presente contrato será expresada por Medios Electrónicos, a través del Canal de Contratación por el cual ha solicitado la celebración del Contrato.

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

**2 OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO**

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

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

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

- I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.
- II. El Contratante y/o Asegurado será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado Titular.
- III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado será la carátula de la póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.
- IV. A través de los medios de aceptación, el Contratante y/o Asegurado podrá manifestar su consentimiento para que la Compañía le haga entrega, por cualquiera de los medios a que se refiere la cláusula de entrega de información contractual de la póliza, las condiciones generales y demás documentación contractual que corresponda a este contrato de seguro.
- V. En caso de que el Contratante y/o Asegurado haya manifestado su consentimiento para recibir la póliza, Condiciones Generales y demás documentación contractual, a través de la descarga mediante el "Buzón Electrónico", la Aseguradora generará un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, siendo dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante de la operación realizada, en sustitución de la firma autógrafa, lo que producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes, teniendo el mismo valor probatorio.
- VI. El uso de medios de identificación es de exclusiva responsabilidad del Contratante y/o Asegurado, quien reconoce y acepta como suyas todas las operaciones realizadas utilizando los mismos a través de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aceptando que reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de los usuarios y/o contraseñas que en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.
- VII. La utilización de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Contratante y/o Asegurado llegare a hacer uso de

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

### **3 SUSTITUCIÓN DE FIRMA AUTÓGRAFA.**

Derivado de lo pactado en el apartado de Otorgamiento de Consentimiento, el Contratante y/o Asegurado y la Institución convienen que, de conformidad con los términos establecidos en las legislaciones aplicables, particularmente con lo señalado por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de Internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de la claves y contraseñas asignadas al Contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio.

### **4 AUTORIZACIÓN DE LAS OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.**

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

De toda operación efectuada por el Asegurado a través de cualquiera de los Canales de Contratación enunciados en el Contrato, la Institución emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

### **5 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)**

Beneficios GF, BMA y MAT.

Se determina como beneficiarios del asegurado a su cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del asegurado 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 podrán 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, o rehusara a recibir la porción que le correspondiera, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, 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.

Beneficios POA, CAITA, GM, ED y 1EP.

Se determina como beneficiario para el pago de la indemnización correspondiente al Beneficio del seguro al propio Asegurado.

### **6 CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

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 de la cobertura respectiva, de los cuales haya tenido conocimiento.

### **7 FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Si el Asegurado no hubiera designado Beneficiarios, o si sólo se hubiere designado uno y hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación 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, o si se rehusara a recibir la porción que le correspondiera, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.



**8 EDAD LIMITE DE ACEPTACIÓN**

La edad de aceptación del asegurado para la contratación inicial está comprendida entre 12 y 65 años, con renovación automática hasta los 65 años.

**9 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.

**10 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

- No se efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situación de emergencia, si no se dio cumplimiento al procedimiento indicado en los presentes Términos y Condiciones.
- Recibir la autorización de la Institución antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto, si fuera imposible comunicarse con la Institución para solicitar la autorización previa, el Asegurado podrá recurrir al servicio médico de urgencia más próximo al lugar donde se encuentre siempre procurando no agravar su situación ni poner en riesgo su vida.
- En todos estos casos el Asegurado deberá comunicar a la Institución la emergencia presentada y la asistencia de cualquier tipo recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de la 24 hrs. de ocurrido el evento, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.
- Consentir las soluciones propuestas e indicadas por la Institución.
- Facilitar toda la documentación que permita establecer la procedencia del caso, además de todos los comprobantes originales de gastos a su nombre que pudieran ser reembolsables por la Institución así como toda la información médica, inclusive la generada previa al Viaje que eventualmente le sea necesaria para que la Institución preste sus servicios de manera adecuada.
- Entregar a la Institución todos los boletos de pasaje que posea, en aquellos casos en que se solicite que la Institución se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los boletos de pasajes originales, o cuando la Institución provea la repatriación del Asegurado ya sea en caso de accidente o enfermedad grave o incluso defunción.
- En todos los casos la Institución responderá solamente por la diferencia de tarifa que podría existir cuando correspondiese.
- En situaciones médicas, otorgar el consentimiento escrito para poder revelar la situación clínica a personas diferentes a los familiares directos – padres, cónyuges, hermanos e hijos mayores a 18 años - .

**11 CARENCIA DE RESTRICCIONES**

Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la Póliza.

**12 MONEDA**

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Institución o por parte del Asegurado, están denominados en dólares de los Estados Unidos de América (USA); sin embargo, conforme a la Ley Monetaria vigente, las obligaciones se cumplirán entregando el equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectúe el pago.

**13 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 sólo podrá solicitarse una vez durante la vigencia de la póliza.

**14 LUGAR DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

La Institución pagará la indemnización en sus oficinas en el curso de los 30 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 capítulo II COBERTURA BÁSICA y capítulo IV COBERTURAS ADICIONALES.

**15 PERIODO DEL SEGURO**

Las partes convienen en que el Periodo de Seguro contratado inicialmente o por renovación, será por un año, cuyas fechas de inicio y término se establecen en la carátula de la póliza.

**16 PRESCRIPCIÓN**

Se transcribe el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo definido en el artículo 81 tendrá su salvedad en los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

**17 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 comunicarse al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrá validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

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

**18 MODIFICACIONES Y CANCELACIONES**

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

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

Para la cancelación del contrato de seguro, el contratante o asegurado podrá optar por presentarse directamente en las oficinas de la Institución o realizarlo a través de la página web [www.segurosbancomer.com](http://www.segurosbancomer.com), mediante el uso de claves y contraseñas.

**18 Bis PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO**

El Asegurado 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.

- a) Internet o cualquier otro medio electrónico.
- b) Llamando al Centro de Servicio a Clientes de la Institución en la Ciudad de México al 1102 0000 o marcando del interior de la República al (01 55) 1102 0000, de lunes a viernes, de las 8:30 a las 16:00 horas.
- c) 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.

## 19 AVISO DEL SINIESTRO

El Contratante y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la Institución, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el Art. 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

## 20 COMPROBACION

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

Además, junto con la reclamación, se exhibirá las pruebas que obren en su poder o y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener.

La Institución a su costa tendrá derecho de solicitar al asegurado o beneficiario(s) las pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. Asimismo, la Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este contrato, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

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

Para el beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente, en caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente de acuerdo a la definición:

Cada parte designará a un médico que cuente con cédula para el ejercicio de su profesión, designación que deberá realizarse dentro de un período de ocho días siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo.

Los dos médicos deberán designar a un tercero para el caso de controversia, mismo que deberá ostentar un cargo técnico o directivo de un Instituto Nacional de la especialidad médica de que se trate la Invalidez Total y Permanente o bien tener acreditación vigente por el consejo de la especialidad respectiva, designación que deberán efectuar dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados, considerándose su dictamen como inapelable por ambas partes.

Los honorarios y gastos de los médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer médico quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 24 COMPETENCIA de este apartado.

## 21 RECTIFICACIÓN

En cumplimiento de las disposiciones del Art. 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el Art. 25 del propio ordenamiento, que textualmente dice: "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

**22 INDISPUTABILIDAD**

A partir del momento en que se perfeccione el contrato, éste no podrá ser rescindido a causa de las omisiones o inexactas declaraciones en que incurra el Asegurado al momento de la contratación.

**23 INDEMNIZACIÓN POR MORA**

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

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

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

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.  
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.  
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- Los intereses moratorios;
  - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
  - La obligación principal.
- En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.  
Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y
- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

#### **24 COMPETENCIA**

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

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

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

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

#### **25 ENTREGA DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL**

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

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

- a) A través de Servicio de Atención a Clientes (SAC)
- b) Envío al domicilio del contratante por los medios que la Aseguradora utilice para tal efecto.
- c) Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el contratante.
- d) A través de un "Buzón Electrónico", previa solicitud por parte del Contratante y mediante la asignación de una clave personal por parte de la Aseguradora para el ingreso y descarga de dicha documentación y,
- e) Cualquier otro medio que la Aseguradora establezca e informe al Asegurado o Contratante

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

La Aseguradora dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en los numeral 2, mediante el acuse de recepción al momento de la contratación o en su defecto el acuse de recepción de las personas que se encuentren en el domicilio que el contratante haya señalado para tales efectos.

En el supuesto identificado con el numeral 3, la Aseguradora dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico y de la confirmación de recepción por parte del contratante en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación, para tal efecto la Aseguradora procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío, lo anterior sin perjuicio de brindar al Asegurado o Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual vía WEB, a través del portal de internet descrito en el presente apartado con acceso autenticado mediante clave personalizada proporcionada por la Institución.

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

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

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

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

Para solicitar que la presente póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono 1102 0000.

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



**26 CLAUSULA DE AGRAVACIÓN DE RIESGO**

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Las obligaciones de la Institución quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, así como los preceptos legales, podrá hacerlo a través de la página web: [www.segurosbancomer.com.mx](http://www.segurosbancomer.com.mx)

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de mayo de 2017, con el número CNSF-S0079-0157-2017/CONDUSEF-002399-01”.

**UNE Seguros Bancomer (Unidad Especializada de Atención a Clientes)**

Si usted requiere expresarnos algo sobre la actuación de nuestros funcionarios o alguna inconformidad sobre los productos y servicios que ofrece la institución, por favor utilice las siguientes opciones: vía correo electrónico [uneseguros2.mx@bbva.com](mailto:uneseguros2.mx@bbva.com) ó atención telefónica al (55) 35 47 39 21, sin costo por llamada del interior de la república.

Con domicilio en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303 piso 14), Colonia Anáhuac, C.P. 11320, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto. Horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs. (hora del Centro de México).

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

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) teléfono (01 800) 999 8080 y (55) 5340 0999, o consultar la página electrónica en internet [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).



# Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso inicialmente de un siniestro, ten a la mano tu Póliza y marca este número completo, de la Ciudad de México, zona metropolitana e interior de la república:

**U | R | G | E | N | T | E**  
**01 800 | 8 | 7 | 4 | 3 | 6 | 8 | 3 |**

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año

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

Ciudad de México, zona metropolitana e interior de la república:  
**01 800 902 1300**

## Centro de Servicio al Cliente

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

Ciudad de México y zona metropolitana: **1102 0000**  
Desde el interior de la república: **(01 55) 1102 0000**  
Desde celular: **(55) 1102 0000**

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