

Condiciones Generales

Muerte Accidental

wibe®



ÍNDICE

I. DEFINICIONES.....	2
II. COBERTURAS.....	2
III. PRIMAS.....	3
IV. VIGENCIA.....	4
V. GENERALIDADES.....	4
CLAUSULA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	8
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO.....	9

“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 11 de febrero de 2008, con el número CNSF-S0079-0614-2007/CONDUSEF-000464-02”.

I. DEFINICIONES

1. INSTITUCIÓN

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

2. ASEGURADO

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

3. BENEFICIARIOS

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 titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

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

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

Cuando no existan beneficiarios, el importe del seguro se pagará a los herederos legalmente designados del Asegurado.

4. ACCIDENTE AMPARADO

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado.

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

- a) La muerte del Asegurado por asfixia o por 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.

II. COBERTURAS

1. Suma asegurada

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para el beneficio de Muerte Accidental, estará nominada en moneda nacional conforme a lo establecido en el numeral 3. Moneda, cláusula

V. GENERALIDADES.

2. Beneficio básico – muerte accidental

Mediante esta cobertura la Institución pagará a los beneficiarios, la suma asegurada estipulada en la Póliza para

este beneficio, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente amparado.

3. EXCLUSIONES

Accidentes que se originen por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
- c) Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- d) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- e) Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur.
- f) Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.
- g) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- h) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- i) Homicidio que resulte de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
- j) Hernias, eventraciones, aborto o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que los anteriores ocurrieron a causa de un accidente.

III. PRIMAS

1. Importe de la prima

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

2. Vencimiento de la prima

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

3. Lugar de pago de primas

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

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

4. Pago fraccionado de primas

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

5. Periodo de gracia

El Asegurado gozará de un periodo de espera de 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.

IV. VIGENCIA

1. Inicio de vigencia

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

2. Terminación del seguro

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

- a) En la fecha de término del periodo contratado que se estipula en la carátula de la Póliza.
- b) Al aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquel en que el Asegurado cumpla 69 años de edad.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- d) En el caso a que se refiere al numeral 5. Periodo de gracia, cláusula III. PRIMAS

V. GENERALIDADES

1. Edad límite de aceptación

La edad de aceptación del asegurado para la contratación inicial está comprendida entre 12 y 70 años.

2. Edad fuera de límite

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

3. Moneda

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

4 . Rehabilitación

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

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

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Institución comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de Rehabilitación.

5. Renovación automática

Si a la fecha de vencimiento de vigencia del seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad límite establecida por la Institución, la renovación se hará en forma automática por otro periodo de seguro igual al contratado inicialmente y por la suma asegurada de la última renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir éste la nueva prima que corresponda para cada renovación. 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 periodo será la que corresponda a la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato vigentes a la fecha de renovación que la Institución tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

6. Prescripción

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

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

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

7. Notificaciones

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

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

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

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución que 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.

8. Modificaciones

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

9. Rectificación

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

10. Disputabilidad

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme a la manifestación contenida en la solicitud base de esta Póliza, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

11. 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.

12. 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.

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.

“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 11 de febrero de 2008, con el número CNSF-S0079-0614-2007/CONDUSEF-000464-02”.

CLAUSULA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono **5220 9423** desde la Ciudad de México y zona metropolitana, o agregue (55) desde el interior de la república sin costo de larga distancia, o (55) desde celular, a fin de que la Institución le informe cómo obtener los referidos documentos a través de la página de internet www.segurosbancomer.com; asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico dirigiéndose a distribucionsegurosbancomer.mx@bbva.com

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono 5220 9423 desde la Ciudad de México y zona metropolitana, o agregue (55) desde el interior de la república sin costo de larga distancia, o (55) desde celular. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso.

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

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 uneseuros2.mx@bbva.com o atención telefónica al 9171 4000 (ext. 46115) desde la Ciudad de México y zona metropolitana o agregue (55) desde el interior de la república sin costo de larga distancia.

Con domicilio en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México).

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

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

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

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio a Clientes, en la Ciudad de México y al interior de la república al (55) 5220 9423 de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 hrs., sábado de 09:00 a 21:00 hrs. y domingo de 09:00 a 15:00 hrs

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

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

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

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

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

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

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

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

Es muy fácil:

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

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

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

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención. En el Distrito Federal y su área metropolitana y desde el interior de la República Mexicana al (55) 5220 9423 o escribe a servicio_cliente@wibe.com

Unidad Especializada de Atención al Público ubicada en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs., y el correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.segurosbancomer.com

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de enero de 2016, con el número RESP-S0079-0017-2016/CONDUSEF-G00089001”.

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 o zona Metropolitana y del interior de la república:

800 911 wibe (9423)

Servicio las 24 horas, los 365 días del año.

Centro de atención a clientes.

Asesoría personalizada:

Lunes a sábado de 8:00 a 21:00 hrs.

Domingos de 9:00 a 15:00 hrs

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

(55) 5220 9423

Correo electrónico:

servicio_cliente@wibe.com