



HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.
Río Marne No. 24, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500
Tel. (55) 5262-1780 Lada sin costo 01-800-SEGUHIR (7348447)
www.hirseguros.com.mx

Seguro Individual y/o Familiar de Accidentes Personales Temporal Tradicional

Junio 2014

CONDICIONES GENERALES

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro , otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

ÍNDICE

I. Definiciones

1. Accidente	2
2. Asegurado	2
3. Dependientes económicos	2
4. Beneficiario	2
5. Beneficiario Irrevocable	2
6. Falta de Designación	2
7. Póliza	2
8. Compañía	2
9. Contratante	2
10. Detalle de Coberturas	2
11. Deducible	2
12. Endoso	3
13. Extraprima	3
14. Inicio de Cobertura	3
15. Periodo de Gracia	3
16. Póliza	3
17. Prima	3
18. Prima Neta	3
19. Siniestro	3
20. Suma Asegurada	3
21. Vigencia	3

II. Cláusulas Generales

1. Contrato	3
2. Temporalidad	3
3. Vigencia	3
4. Comunicaciones	3
5. Modificaciones	4
6. Moneda	4
7. Primas	4
8. Contenido	4
9. Obligaciones del Contratante	4
10. Duración de las Coberturas	5
11. Terminación del Contrato	5
12. Otros Seguros	5

13. Rehabilitación	5
14. Renovación	5
15. Carencia de Restricciones	5
16. Edad	5
17. Participación de Utilidades	6
18. Ocupación	6
19. Interés Moratorio	6
20. Competencia	8
21. Identificación del Cliente	8
22. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral	8
23. Prescripción	8
24. Omisiones o Declaraciones Inexactas	8
25. Disputabilidad	9
26. Padecimientos Preexistentes	9
27. Pago de Reclamaciones	9
28. Pago de Suma Asegurada	9
29. Entrega de documentación contractual	9
30. Preceptos Legales	10

III. Cobertura Básica

Muerte por Accidente	10
Gastos Funerarios	10
Exclusiones	10

IV. Coberturas Opcionales

1. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente ..	11
Exclusiones	12

V. Recomendaciones y Reclamación

de Siniestros	13
1. Aviso	13
2. Requisitos para el pago de reclamaciones ..	13
3. Pago de reclamaciones	14
4. Recepción de Reclamaciones	14
5. Procedimiento de Identificación del Cliente ..	14

I. Definiciones

Con objeto de conocer la aplicación de las condiciones generales, particulares y/o especiales de este Contrato de Seguro, a continuación se definen los siguientes conceptos para los efectos, alcances y limitaciones del Contrato .

1. Accidente

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, mientras se encuentre vigente la cobertura del seguro. No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Asegurado

Persona que goza de los beneficios por los riesgos amparados por el seguro y cuyo nombre aparece como tal en la carátula de la Póliza. Para efectos de esta póliza, podrán ser asegurados además del contratante del seguro, sus dependientes económicos, que cuyos nombres aparezcan en la carátula de la póliza.

3. Dependientes económicos

Podrán ser el cónyuge, padres e hijos menores de 25 años del asegurado titular. Siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad

4. Beneficiario

Persona física designada en la Póliza por cada Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Compañía para cada una de las coberturas contratadas, Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Compañía, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

5. Beneficiario Irrevocable

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y conste en la presente Póliza. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

6. Falta de Designación

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

Advertencia: El Asegurado en caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Cobertura contratada.

7. Póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquemas de los derechos y obligaciones de las partes.

8. Compañía

HIR, Compañía de Seguros, S. A. de C. V.

9. Contratante

Es aquella persona física o moral, que solicitó la celebración del Contrato para sí y/o para una tercera persona, y es responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

10. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

11. Deducible

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que

corresponda. La compañía no efectuará reembolsos de gastos médicos con costo inferior al deducible

12. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales del Contrato y forma parte de éste.

13. Extraprima

Cantidad adicional que la parte Contratante del Seguro se obliga a pagar a la Compañía para cubrir un riesgo agravado.

14. Inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato y las coberturas que integran el Seguro.

15. Periodo de Gracia

Plazo que la Compañía concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que proceda el pago en parcialidades.

16. Póliza

Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

17. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurados.

18. Prima Neta

Importe de la Prima antes de considerar el Derecho de Póliza, Recargos e Impuesto al Valor Agregado (IVA).

19. Siniestro

Realización de la eventualidad cubierta prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.

20. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía respecto de cada cobertura y para cada Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las condiciones contenidas en la carátula, endosos, condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

21. Vigencia

Periodo en que se encuentra en vigor el Contrato de Seguro.

La vigencia de esta Póliza principia y termina en la fecha y hora indicada en la misma.

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

Forman parte del contrato de seguro, las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, mismas que han servido de base para clasificar los riesgos, esta póliza, el registro de Asegurados y los endosos, todos ellos documentos que constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado puede 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. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Temporalidad

Las partes convienen en que el periodo de seguro es de un año.

3. Vigencia

Este contrato tiene vigencia durante el período de seguro que se indica en la carátula de esta póliza. Inicia a las doce horas del primer día del período y termina a las doce horas del último día del período.

4. Comunicaciones

La Compañía enviará al Contratante toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio que él mismo le hubiera dado a conocer por escrito, con lo que bastará para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quiera hacer a la Compañía relacionada con el presente Contrato, deberá efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Compañía en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma le avise posteriormente por escrito.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el se-

guro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose

del Distrito Federal y área Metropolitana
al teléfono **52621780**
o del Interior de la República Mexicana
lada sin costo al teléfono
01800 7348447

donde le indicarán la forma de obtener la documentación del seguro contratado.

5. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hace constar mediante Endosos registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los endosos que la Compañía emita para esta póliza, prevalecerán sobre lo consignado en estas Condiciones Generales.

Los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

6. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, sean por parte del Contratante, Asegurado o la Compañía, se realizan en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos, aún cuando el contrato este definido en dólares

7. Primas

La suma de las primas correspondientes a cada Asegurado, de acuerdo con su ocupación, actividad, coberturas contratadas y tarifa en vigor de cada cobertura en la fecha de inicio de vigencia del seguro, y la prima de la póliza.

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato y el periodo de seguro es el que se indica en la carátula de la póliza.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencen al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

Las primas convenidas en este Contrato deben ser pagadas a su vencimiento, según la tarifa de primas que se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Compañía le proporcione al Contratante.

Hasta en tanto La Compañía no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

b) Pago directo, en el domicilio de La Compañía, contra recibo que ésta última expida.

Los efectos del Contrato cesan automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la primera fracción de prima no pagada o de la fecha de vencimiento de los recibos subsecuentes al primero. En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días de espera la Compañía deduce de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida de la colectividad correspondiente a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de espera, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesan automáticamente todos los efectos del Contrato.

A cada Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobra la prima por devengar que corresponda a un plazo igual al tiempo por transcurrir hasta el vencimiento del Contrato.

Cuando los Asegurados se separen de la Colectividad Asegurada, se devuelve la Prima No Devengada previa solicitud escrita del Contratante, calculada esta prima desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima de acuerdo con su periodicidad de pago.

8. Contenido

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 consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

9. Obligaciones del Contratante

El Contratante, durante la vigencia de este Contrato, tiene las siguientes obligaciones:

-
- a. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y/o dependientes que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o algún cambio por ocupación y/o riesgo. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días naturales después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas o extraprimas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
 - b. Proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos en los momentos que se encuentran establecidos en las Disposiciones de Carácter General del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

10. Duración de las Coberturas

Las coberturas de esta póliza terminan automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados, en cualquiera de los siguientes casos:

- a. Al momento de la renovación, el Asegurado haya alcanzado la edad de cancelación de las coberturas.
- b. La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agoten las sumas aseguradas correspondientes.
- c. La póliza se cancele.

11. Terminación del Contrato

La terminación de este contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, puede darse por las siguientes causas:

- a. Al cumplirse el plazo que se indica en la Carátula de la Póliza
- b. A falta de pago de primas, la vigencia del Contrato finaliza el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato
- c. El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no puede ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento.

12. Otros Seguros

Si al momento de la reclamación la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente otorgada en esta póliza estuviera amparada total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

13. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del pago en cuestión, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a. El Contratante y/o Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- b. Los Asegurados cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c. Pagar el importe del ajuste correspondiente al período descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.
- d. El Contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

14. Renovación

La Compañía renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. En cada renovación se aplica la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para esta póliza.

La Compañía puede modificar en cada renovación la tarifa aplicable y las condiciones de esta póliza, siempre que el procedimiento utilizado se apegue al registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

15. Carencia de Restricciones

El presente Contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, o género de vida del Asegurado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula de disputabilidad del presente Contrato.

16. Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad de la familia, los años cumplidos que tengan a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

La edad declarada por el Asegurado debe comprobarse fehacientemente cuando así lo considere conveniente la Compañía.

Coberturas	Edad de Aceptación	Edad de cancelación
Muerte por Accidente	12 años cumplidos	100 años cumplidos
Gastos Funerarios	30 días de nacido	11 años cumplidos
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	100 años cumplidos

Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Las edades de admisión para cada una de las coberturas son las siguientes:

En las coberturas de muerte, para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada limitada a 60 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro, establecida en la carátula de la póliza.

Cuando se compruebe que la edad se encuentra:

a. Dentro de los límites de admisión registrados por la Compañía.

a.1 Si en vida del Asegurado, la edad real al expedirse la póliza es:

- Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del Contrato.
- Menor que la declarada: la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de celebrarse el Contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del Contrato.

a.2 Si después del fallecimiento del Asegurado, se descubre que la edad declarada por el Asegurado en la solicitud es diferente a la real: la Compañía pagará la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del Contrato.

b. Fuera de los límites de admisión registrados por la Compañía: el contrato quedará rescindido automáticamente y la Compañía devolverá en caso de que hubiere y corresponda a la presente Póliza, el pago de la Reserva Matemática.

17. Participación de Utilidades

El presente contrato no genera participación de utilidades en beneficio del Contratante o los Asegurados.

18. Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación o de actividad en su empleo o en las actividades deportivas que desempeña, debe dar aviso por escrito a la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo derivado del cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobra la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluye los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a la Compañía, está no tiene obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación. La Compañía devuelve la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagada durante el último año de vigencia de la póliza.

19. Interés Moratorio

Si la Compañía no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los Artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dicen:.

“Artículo 71.- 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.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este Artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se

aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente Artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX.-*Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 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.

20. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección 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, Lo anterior dentro del término de 5 años para la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos, contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la 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 el citado juez.

21. Identificación del Cliente

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos;

22. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral

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

23. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años para todas las coberturas. Los plazos se contarán en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, 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 perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en el Título Quinto de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como, por lo señalado en el penúltimo párrafo del Artículo 50 Bis de la misma Ley, que señala que “la presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

24. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, faculta a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

25. Disputabilidad

Este Contrato dentro del primer año de vigencia continua, es disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo; entendiendo por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisiones, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

26. Padecimientos Preexistentes

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, puede requerir a los Asegurados que se sometan a pruebas de asegurabilidad.

27. Pago de Reclamaciones

Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo dar el aviso tan pronto como cese uno u otro.

En caso de falta de este aviso, la Compañía está facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

Además de las formas de declaración que la Compañía proporcione al reclamante, éste presenta a su costa todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella: comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.

La Compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación, solicitará al Contratante, Asegurado o beneficiarios toda clase de información referente al siniestro a fin de determinar sus causas, circunstancias y consecuencia, para tal efecto el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario autorizan expresamente a los médicos tratantes a las clínicas, hospitales e instituciones públicas o privadas de salud, personas físicas o morales a proporcionar a la Compañía toda la información y documentos que tengan relación con el siniestro que se reclame o con el Asegurado La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la Compañía de cualquier obligación.

Cualquier prima vencida y no pagada es deducida de la indemnización que proceda.

La Compañía paga al Asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

28. Pago de Suma Asegurada

La Compañía pagará cualquier monto bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en póliza, mediante alguna de las siguientes opciones de pago:

- a. Pago Único. La Compañía parará la Suma Asegurada en una sola exhibición.
- b. Fideicomisos. El Contratante y/o el Asegurado pueden solicitar a La Compañía la contratación de un fideicomiso para que la Suma Asegurada sea pagada y administrada de acuerdo con lo que se especifique en dichos Contratos de Fideicomiso.
- c. Otra. Cualquier monto pagadero bajo esta póliza puede ser cubierto mediante otra forma de pago ofrecida por la Compañía en el momento de la solicitud. Cualquier opción de pago para recibir los beneficios de esta póliza, elegida por el Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación de la póliza, podrá ser cambiada siempre y cuando se le notifique por escrito a la Compañía antes de que se efectúe la liquidación.

29. Entrega de documentación contractual

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Compañía la póliza correspondiente.

La forma en que la Aseguradora entregará la póliza, o cualquier otro documento que contenga derechos y obligaciones de las partes contratantes, será mediante alguna de las siguientes formas: correo tradicional, mensajería, impresión directa de la página de la Compañía www.hirsegueros.com.mx o directamente en las instalaciones de la Compañía ubicada en Río Marne No. 24, Col. Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc. C. P. 06500, México, D. F.

En caso de siniestro deberá dirigirse al siguiente contacto:
Departamento de pago a beneficiarios:

Teléfonos

01 800 SEGUHIR (73 48 447)

del Interior de la República

52 62 17 80 Ext.5356, 5358

del DF y Área Metropolitana

www.hirsegueros.com.mx

30. Preceptos Legales

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se hace del conocimiento de los contratantes, asegurados y beneficiarios, que podrán consultar todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet www.hirsegueros.mx, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

III. Cobertura Básica

Muerte por Accidente

La Compañía paga al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la póliza correspondiente se encuentre en vigor al momento del siniestro. La edad mínima de aceptación para esta cobertura es 12 años.

Gastos Funerarios

La Compañía paga al asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la póliza correspondiente se encuentre en vigor al momento del siniestro. La edad de aceptación para esta cobertura es de 30 días de nacidos a 11 años de edad cumplidos.

Para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada limitada a 60 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro, establecida en la carátula de la póliza.

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se conceden cuando el accidente se deba a:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en

actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.

- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- e) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.

Se considera padecimiento y/o enfermedad preexistente lo siguiente:

- i. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico 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.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- ii. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

- g) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
- h) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- i) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen
- j) Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.
Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado, la ocurrencia del siniestro cuando sea a consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.
- k) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.
- l) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- m) Gastos no relacionados con el tratamiento médico que se detallan en forma enunciativa, mas no limitativa, tales como pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos y dermocosméticos, medias, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería.
- n) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- o) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

p) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.

q) Práctica profesional de cualquier deporte.

r) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.

IV. Coberturas Opcionales

1. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza)

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, necesarios e indispensables para el restablecimiento de la salud y que sean consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura, siempre que la edad del Asegurado se encuentre incluida en las edades de aceptación establecidas para esta cobertura, en la fecha de emisión de la póliza.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. Esta cobertura queda sin efecto cuando el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio Asegurado o que no sean indispensables para el restablecimiento de la salud afectada por el accidente.

La Compañía reembolsa, previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, el costo de las mencionadas asistencias hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que dichas asistencias inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o

hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Los gastos por aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase, así como tratamientos de ortodoncia, necesarios a causa del accidente, son reembolsados por la Compañía hasta el 15 % de la suma máxima y los gastos de ambulancia o de traslado del Asegurado hasta el 5%.

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se conceden cuando el accidente se deba a:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- e) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.

Se considera padecimiento y/o enfermedad preexistente lo siguiente:

- i. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o

que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico 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.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- ii. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- g) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
- h) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- i) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen
- j) Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento. Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado, la ocurrencia del siniestro cuando sea a consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.
- k) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

- l) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.**
- m) Gastos no relacionados con el tratamiento médico que se detallan en forma enunciativa, mas no limitativa, tales como pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos y dermocosméticos, medias, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería.**
- n) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- o) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- p) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**
- q) Práctica profesional de cualquier deporte.**
- r) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.**

V. Recomendaciones y Reclamación de Siniestros

Para Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V. es de gran importancia brindarle un excelente servicio para ello hacemos las siguientes recomendaciones al ocurrir el evento cubierto.

1. Lea cuidadosamente las Condiciones Generales del Contrato de Seguro así como el Contenido de su póliza,
2. Pague oportunamente su prima, ya que de otra manera la compañía no estará en posibilidades de pagar o rembolsar ninguna reclamación que presente. .

1. Aviso

En el caso de presentarse algún evento cubierto, éste debe ser notificado a Hir Compañía de Seguros, S.A.

de C.V. dentro de los cinco días siguientes a que el Asegurado o los Beneficiarios tengan conocimiento de su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

2. Requisitos para el pago de reclamaciones

El reclamante presentará a Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V. la siguiente información de acuerdo al evento ocurrido:

Documentación requerida por Accidente:

- Póliza del Asegurado, solo si existiera o si lo tuviera
- Aviso de Accidente por parte del Contratante, indicando la fecha, la causa y el procedimiento seguido en la atención del Accidente.
- Carta reclamación del Asegurado indicando la causa del evento y el monto a reclamar.
- Informe Médico detallado, emitido por el médico tratante, en el cual se indique la causa del accidente, las lesiones sufridas, el tratamiento a seguir y el tiempo de recuperación.
- Alta médica
- Estudios Radiográficos, de Laboratorio y Gabinete realizados debido al accidente.
- Facturas y/o Recibos de los gastos erogados por la atención médica a nombre del asegurado, recetas médicas, notas de farmacia, recibos de honorarios médicos.

Documentación requerida por Muerte por Accidente:

- Consentimiento Individual para ser Asegurado o Designación de Beneficiarios firmada por el Asegurado. En caso de no contar con ésta, Juicio de Sucesión Testamentario a bienes del asegurado.
- Copia Certificada del Acta de Defunción emitida por el Registro Civil.
- Copia Certificada del Acta de Nacimiento del Asegurado Finado emitida por el Registro Civil.
- Copia Certificada del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios emitida por el Registro Civil. En caso del fallecimiento de algún beneficiario, Juicio de Sucesión Testamentaria a bienes de éste.
- Copia Certificada del Acta de Matrimonio emitida por el Registro Civil o Constancia de Concubinato emitida por un Juez.
- En caso de Beneficiarios designados menores de edad, Carta del padre o tutor solicitando el pago en representación del menor o Juicio de Tutoría.
- Actuaciones Completas ante el Ministerio Público con estudios toxicológicos.

3. Pago de reclamaciones

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas hasta que Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V. reciba la totalidad de los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V. tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella en una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V. de cualquier obligación.

Las indemnizaciones procedentes se pagarán de acuerdo a las condiciones generales y coberturas de la póliza a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En el caso de no proceder la indemnización, Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V. lo hará saber al reclamante por escrito explicando las razones de esta situación.

4. Recepción de Reclamaciones

El Reclamo podrá presentarse en las oficinas de HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V. ubicadas en Río Marne No. 24, 3er piso, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, en horario hábil de atención.

Teléfono: **52.62.17.80** Conmutador,
Extensiones **5356, 5358 y 5388**
Área Responsable: **Pago a Beneficiarios**
De Lunes a Viernes, en horario
de **08:30 a 14:00 hrs.** y de **16:00 a 18:00 hrs.**

5. Procedimiento de Identificación del Cliente, Documentación Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En apego a los lineamientos para la integración del expediente de Identificación del Cliente, con base a las

disposiciones de carácter general del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas se lleva a cabo el siguiente procedimiento al momento de la presentación de un reclamo.

1. El Analista dictaminador procederá a identificar plenamente a los Beneficiarios designados que presentan la solicitud del pago de un reclamo.
2. Solicitará los documentos que se enlistan a continuación, de acuerdo a las disposiciones de carácter general del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas como soporte de Identificación.

Persona Física

- Copia de Identificación oficial vigente.
- Copia del CURP y/o RFC.
- Comprobante de domicilio, si el manifestado es distinto al que aparece en la identificación oficial con antigüedad menor a tres meses.

Persona Moral

- Copia del Acta Constitutiva.
 - Poder Notarial designando Representante Legal.
 - Identificación oficial del Representante Legal vigente.
 - Comprobantes de domicilio de la Empresa y de su Representante Legal.
 - Cédula de Identificación Fiscal de la Empresa.
3. Si los documentos originales de identificación no pueden ser entregados a la Compañía, dichos documentos deberán ser presentado y bastará con anotar en la copia simple, la leyenda de “cotejado con el original”, indicando la fecha y la antefirma de la persona que está realizando el cotejo.

“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, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 07 de Julio de 2014, con el número CNSF-S0091-0128-2014”.

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos (55) 5262 1780 y 01 800 SEGUHIR (734 8447), o visite www.hirsegueros.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.”