



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 Colectivo de Accidentes Personales Temporal Cobertura Total Tradicional Noviembre 2012

CONDICIONES GENERALES

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001872-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

I. Definiciones

1. Accidente	2
2. Asegurado Titular.....	2
3. Beneficiario	2
4. Carátula de la Póliza	2
5. Colectividad Asegurable	2
6. Colectividad Asegurada	2
7. Compañía	2
8. Contratante	2
9. Detalle de Coberturas	2
10. Deducible	2
11. Endoso	2
12. Extraprima	2
13. Inicio de Cobertura	2
14. Periodo de Gracia	2
15. Póliza	2
16. Prima	2
17. Prima Neta	2
18. Siniestro	2
19. Suma Asegurada	2
20. Vigencia	2

Renovación	5
Edad	5
Ajuste de Suma Asegurada	6
Participación de Utilidades	6
Cambio de Riesgo	6
Cambio de Contratante	6
Beneficiarios	6
Beneficiario Irrevocable	6
Falta de Designación	6
Interés Moratorio	6
Competencia	8
Identificación del Cliente	8
Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral	8
Prescripción	8
Omisiones o Declaraciones Inexactas	8
Disputabilidad	8
Pago de Reclamaciones	8
Liquidación	9
Preceptos Legales	9

II. Cláusulas Generales

Contrato	3
Temporalidad	3
Vigencia	3
Comunicaciones	3
Modificaciones	3
Moneda	3
Primas	4
Obligaciones del Contratante	4
Número mínimo de Asegurados en la Colectividad	4
Asegurados y Movimientos	4
Cambio de Sumas Aseguradas	4
Duración de las Coberturas	4
Terminación del Contrato	5
Rehabilitación	5

III. Cobertura Básica

Muerte por Accidente	9
Gastos Funerarios	9

IV. Coberturas Opcionales

1. Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente	9
2. Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente	10
3. Muerte por Accidente Colectivo	10
4. Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente Colectivo	11
5. Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente Colectivo	11
6. Indemnización Diaria por Incapacidad Total Temporal y/o Parcial Temporal por Accidente	12
7. Reembolso de Gastos Médicos	12
Exclusiones	13

I. Definiciones

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

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 Titular

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, que goza de los beneficios por los riesgos amparados que se indican en la Carátula de la Póliza.

3. Beneficiario

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

4. Carátula de la Póliza

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

5. Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato y cumplan los requisitos para ser Asegurados.

6. Colectividad Asegurada

La constituyen todas las personas que, perteneciendo a la colectividad asegurable, firmaren su consentimiento y quedaren inscritas en el registro de Asegurados anexo a esta Póliza.

7. Compañía

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

8. Contratante

Persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara a las personas que cumplen con la definición de la Colectividad Asegurada y es responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

9. 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.

10. 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.

11. Endoso

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

12. Extraprima

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

13. Inicio de Cobertura

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

14. 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.

15. Póliza

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

16. Prima

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

17. Prima Neta

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

18. Siniestro

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

19. 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.

20. Vigencia

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

II. Cláusulas Generales

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.

Temporalidad

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

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.

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.

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.

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.

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, constituye la prima de la Colectividad Asegurada 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.

El Contratante es el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros de la Colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibe de ellos la parte correspondiente.

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 período 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.

Obligaciones del Contratante

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

- a. Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiarios como datos mínimos de información.
- b. Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
- c. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o alguna extraprima por ocupación. 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.
- d. En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.
- e. Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

Número mínimo de Asegurados en la Colectividad

La colectividad asegurable deberá estar constituida, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75 % no sea inferior a 10 personas.

Asegurados y Movimientos

- a. **Registro de Asegurados.** La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:
 - Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
 - Suma asegurada o regla para determinarla;
 - Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
 - Operación y plan de seguros de que se trate;
 - Número de Certificado individual, y
 - Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

- b. **Reporte de Movimientos.** El Contratante debe reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. Los movimientos quedan inscritos en el registro de Asegurados y la Compañía expide los certificados correspondientes.
- c. **Altas.** Si el reporte es oportuno, la protección inicia desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la Colectividad Asegurada en los términos pactados y, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección queda condicionado a la aceptación por parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.
- d. **Bajas.** La baja de un Asegurado es efectiva al momento en que ocurra el fallecimiento del Asegurado o su separación de la Colectividad Asegurada. Las personas dadas de baja dejan de disfrutar los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la Colectividad Asegurada. La Compañía devolverá al Contratante la parte de la prima pagada correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la Póliza o del periodo que cubre la prima pagada, lo que resulte menor.
- e. **Primas.** En caso de alta o de baja de Asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobra o devuelve al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.
- f. **Pagos Improcedentes.** Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Cambio de Sumas Aseguradas

Los requisitos para modificar las Sumas Aseguradas son los siguientes:

- a. El Contratante debe dar aviso a la Compañía dentro del término de 30 días de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sean necesarios para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las Sumas Aseguradas. Las nuevas Sumas Aseguradas surten efecto desde la fecha del cambio de condiciones.
- b. El Contratante debe devolver a la Compañía para su cancelación, los Certificados individuales que resulten afectados. La Compañía remite al Contratante los nuevos Certificados con las Sumas Aseguradas actualizadas.

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.

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. Si los miembros de la Colectividad Asegurada pierden su calidad de colectividad asegurable, la Compañía dará por cancelado el Contrato mediante aviso con 60 días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo, devolviendo la Prima No Devengada al momento de la cancelación
- c. Por falta de pago de la prima convenida, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- d. 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.

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 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.

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.

Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad de los miembros de la colectividad, los años cumplidos que tenga 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.

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:

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
Pérdidas Orgánicas por Accidente	30 días de nacido	100 años cumplidos
Muerte por Accidente Colectivo	30 días de nacido	100 años cumplidos
Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo	30 días de nacido	100 años cumplidos
Indemnización Diaria por Invalidez por Accidente	15 años	80 años cumplidos
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	80 años cumplidos

En las coberturas de muerte, para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada limitada, establecida en la carátula de la póliza.

Ajuste de Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía paga la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la Carátula de la Póliza. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hace la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso debe ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

Participación de Utilidades

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

Cambio de Riesgo

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.

Cambio de Contratante

Cuando el contrato se celebre para otorgar una prestación laboral a favor de la colectividad asegurable, en caso de que exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento del cambio.

Sus obligaciones terminarán a las doce horas de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los dividendos pactados.

Beneficiarios

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, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. 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.

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.

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.

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.

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) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera 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.

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 de 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; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de integrar, conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

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.

Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos. 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.

Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y 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.

El cuestionario relacionado con la selección de riesgo solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

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; entendiéndose 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.

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. 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.

Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la póliza, en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

Entrega de documentación contractual

La Compañía, previo acuerdo con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los certificados individuales de la siguiente forma:

- a. Proporcionando al Contratante los certificados para su entrega a los Asegurados, o
- b. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del Artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Compañía el Certificado 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, 5357, 5358
del DF y área metropolitana

atencion.siniestros@hirseguros.com.mx

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 todos los 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 el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el 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 el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro. La edad de aceptación para esta cobertura es de 30 días de nacidos a 11 años de edad cumplidos.

IV. Coberturas Opcionales

1. Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

ESCALA A	
Pérdida	Indemnización
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	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

2. Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

ESCALA B	
Pérdidas Orgánicas	Indemnización
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	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

3. Muerte por Accidente Colectivo

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

Ampara el riesgo de fallecimiento como consecuencia directa de un accidente colectivo 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 o certificado individual, la que sea posterior.

Para los efectos de esta cobertura, se considera accidente colectivo aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la muerte del Asegurado y que cumple una de las siguientes condiciones:

- i. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y

- dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- ii. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
 - iii. El accidente producido por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrare adentro en el momento de iniciar dicho incendio.

No se considera accidente colectivo, la muerte provocada intencionalmente por el propio Asegurado.

La Compañía paga a los beneficiarios designados, la suma asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales y/o particulares de la póliza, siempre que la muerte del Asegurado ocurra en el momento del accidente colectivo o dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber ocurrido.

4. Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente Colectivo

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

Para los efectos de esta cobertura, se considera accidente colectivo aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce pérdidas orgánicas al Asegurado y que cumple una de las siguientes condiciones:

- i. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- ii. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o

similares; o

- iii. El accidente producido por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrare adentro en el momento de iniciar dicho incendio.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

ESCALA A	
Pérdida	Indemnización
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	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

5. Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente Colectivo

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor, al momento de ocurrir el siniestro.

Para los efectos de esta cobertura, se considera accidente colectivo aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce pérdidas orgánicas al Asegurado y que cumple una de las siguientes condiciones:

- i. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- ii. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- iii. El accidente producido por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrare adentro en el momento de iniciar dicho incendio.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

ESCALA B	
Pérdidas Orgánicas	Indemnización
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	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

6. Indemnización Diaria por Incapacidad Total Temporal y/o Parcial Temporal por Accidente

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

a) Incapacidad Total Temporal

Ampara el riesgo de sufrir una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, de manera continua y se encontrare recluido por indicación médica en un sanatorio, hospital o su domicilio, como 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 o certificado individual, la que sea posterior.

La Compañía paga la suma asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales y/o particulares de la póliza y por un periodo no mayor de 730 días, siempre que la incapacidad total temporal del Asegurado ocurra dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y que subsistan la incapacidad y la reclusión.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la incapacidad total temporal y/o parcial temporal del Asegurado. No se considera accidente la incapacidad total temporal que sea provocada intencionalmente por el propio Asegurado.

Si el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total temporal y las lesiones causadas por el accidente originaren la muerte o una pérdida orgánica, la Compañía paga las cantidades establecidas para la muerte o la pérdida orgánica, siempre que las coberturas correspondientes hayan sido contratadas.

b) Incapacidad Parcial Temporal

Ampara el riesgo de sufrir una incapacidad para el desempeño de uno o más deberes diarios propios de su ocupación, como 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 o certificado individual, la que sea posterior.

La Compañía paga la suma asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar el 40 % a la suma asegurada de

indemnización diaria por incapacidad total temporal, de acuerdo con las condiciones generales y/o particulares de la póliza y por un periodo no mayor de 180 días, siempre que la incapacidad parcial temporal del Asegurado ocurra dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total temporal, como se indica en la cobertura anterior.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la incapacidad parcial temporal del Asegurado. No se considera accidente la incapacidad parcial temporal que sea provocada intencionalmente por el propio Asegurado.

Si el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad parcial temporal y las lesiones causadas por el accidente originaren la muerte o una pérdida orgánica, la Compañía paga las cantidades establecidas para la muerte o la pérdida orgánica, siempre que las coberturas correspondientes hayan sido contratadas.

7. Reembolso de Gastos Médicos

(Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como 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 o certificado individual, la que sea posterior.

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. No se considera accidente el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio Asegurado.

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 20 % de la suma máxima y los gastos de ambulancia o de traslado del Asegurado hasta el 10 %.

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se conceden cuando la muerte o pérdida orgánica 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 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.**
- g) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.**
- h) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen**
- i) 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.**

-
- j) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.
 - k) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
 - l) Que el asegurado sea 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.
 - m) Que el Asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - n) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
 - o) Práctica profesional de cualquier deporte.
 - p) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-SEGUHIR (01-800-734-8447, en horarios de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas; al correo electrónico "ruben.torres@hirseguros.com.mx", o visite nuestra página de internet <http://www.hirseguros.mx> ; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55)5340 0999 en el D.F. y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página "<http://www.condusef.gob.mx>"

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 21 de Febrero de 2013, con el número CNSF-S0091-0374-2012/ CONDUSEF-001872-01”.