



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 de Grupo Vida Ahorro con Participación de Utilidades en Experiencia Propia

Mayo 2011

CONDICIONES GENERALES

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001884-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

Contenido

I) Cláusulas Generales	2	II) Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza.	
1. Compañía	2	1. Descripción de la Cobertura de Fallecimiento	9
2. Contrato de Seguros	2	2. Suma Asegurada	9
3. Vigencia del Contrato	2	3. Fondo Acumulado	9
4. Contratante	2	4. Terminación de Contrato	10
5. Asegurado	2	5. Temporalidad del Plan	10
6. Beneficiario	2	6. Renovación Automática	10
7. Modificaciones al Contrato	3	7. Moneda	10
8. Solicitud	3	8. Edades de Aceptación	10
9. Consentimiento individual	3	9. Ajustes a la Suma Asegurada	10
10. Omisiones o declaraciones inexactas	3	10. Reservas técnicas	11
11. Póliza.....	3	11. Costo del Seguro	11
12. Registro de Asegurados	4	12. Cargo al Fondo	11
13. Certificados Individuales.....	4	13. Valor en Efectivo	11
14. Reporte de Movimientos	4	14. Valor de Rescate	11
15. Pago de Primas	4	15. Retiros	11
16. Pago Automático de Primas	5	16. Formas Opcionales de Liquidación	11
17. Vencimiento del Pago	5	17. Participación de las Utilidades	11
18. Obligaciones del Contratante	5	18. Estado de Cuenta	12
19. Ingreso del Asegurado.....	5	19. Preceptos Legales.....	12
20. Alta de Asegurado	5	III) Cobertura de Accidente	12
21. Cambio de las Sumas Aseguradas Individuales..	5	1. Muerte Accidental	12
22. Baja de asegurados	5	2. Pérdidas Orgánicas por Accidente	12
23. Derechos a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral.....	6	3. Muerte Accidental Colectiva	13
24. Sistema de Administración	6	4. Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo	13
25. Cambio de Contratante	6	Exclusiones	15
26. Rehabilitación	6	IV) Cobertura de muerte o invalidez total y permanente	16
27. Suicidio	7	1. Pago de suma asegurada	15
28. Interés Moratorio	7	2. Exención de Pago de Primas	15
29. Competencia	8	Exclusiones	16
30. Comunicaciones	8	V) Cobertura de Últimos Gastos	17
31. Carencia de Restricciones	9		
32. Disputabilidad.....	9		
33. Prescripción	9		
34. Notificación de Comisiones	9		

I) Cláusulas Generales

1. Compañía

HIR Compañía de Seguros, S. A. de C. V., denominada en adelante la Compañía.

2. Contrato de Seguro

Esta Póliza, las Cláusulas, Endosos que se agreguen, la Solicitud, el registro de Asegurados y los Certificados Individuales, constituyen testimonio 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 podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (*Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro*). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3. Vigencia del Contrato

El presente Contrato entra en vigor desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado.

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

4. Contratante

Es aquella persona física o moral, que solicitó la celebración del Contrato para sí y/o para una tercera persona, y que además se compromete a realizar el pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la póliza se estipulan.

5. Asegurado

La persona física designada en el Certificado Individual de la Póliza que forma parte del grupo asegurado..

6. Beneficiarios

Todo integrante del grupo designa libremente a sus beneficiarios y siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier integrante del grupo puede cambiar el beneficiario designado mediante notificación por escrito a la Compañía.

El Contratante no puede intervenir en la designación de beneficiarios, ni puede, en ningún caso, figurar con este carácter salvo que el objeto del contrato de seguro sea alguno de los siguientes:

a) Garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el seguro

- garantice créditos, el Contratante sólo puede ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pueda causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, queda liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se paga a su sucesión. La misma regla se observa cuando el beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

Los Beneficiarios designados tienen acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecienta por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se paga a la sucesión del Asegurado.

El Asegurado puede 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, como lo previene el *Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro*.

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. Modificaciones al Contrato

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hacen constar mediante Endosos o Cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, 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.

8. Solicitud

El formato de solicitud que proporcione la Compañía para celebrar el contrato de seguro, debe comprender la siguiente información:

- a) Operación de seguro de que se trata y naturaleza de los riesgos por asegurar.
- b) Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro.
- c) Características particulares o especiales del grupo que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante.
- d) Sumas aseguradas para los Integrantes del grupo o regla para determinarlas.
- e) Participación con la que, en su caso, los integrantes del grupo contribuyen al pago de la prima.
- f) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos.
- g) Expresar si el objeto del contrato de seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante.

9. Consentimientos Individuales

La Compañía debe contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del grupo, previo a su incorporación a dicho grupo, antes de la celebración del contrato. El consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:

- a) Nombre completo
- b) Edad o fecha de nacimiento
- c) Sexo
- d) Ocupación
- e) Fecha de ingreso al grupo
- f) Sumas aseguradas o reglas para determinarlas.
- g) Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable

10. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo ordenado por los *Artículos 8, 9, 10 y 47*

de la Ley Sobre el Contrato de Seguro el Contratante y/o 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 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. “Lo anterior únicamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados den su consentimiento después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado.”

11. Póliza

La Compañía formaliza este seguro mediante una póliza que entrega al Contratante, la cual incluye de manera enunciativa y no limitativa la información que se indica a continuación:

- a) Nombres, domicilios de los Contratantes y firma de la Compañía.
- b) Designación de las personas aseguradas.
- c) Coberturas y naturaleza de los riesgos cubiertos.
- d) Para las coberturas de invalidez total y permanente, periodo de espera.
- e) Para la cobertura de exención de pago de primas, duración del beneficio.
- f) Para la cobertura de desempleo involuntario, deducible y número máximo de pagos
- g) Edades de admisión de las coberturas.
- h) Momento a partir del cual se cubren los riesgos y la duración de esta cobertura.
- i) Prima de tarifa o regla para determinarla para cada integrante del grupo, y participación con la que, en su caso, contribuye al pago de la prima.
- j) Prima del seguro.
- k) Nombre completo y fecha de nacimiento de las personas sobre quienes recae el seguro.
- l) Acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas
- m) Características del grupo asegurado.
- n) Sumas aseguradas para los integrantes del grupo o reglas para determinarlas.
- o) Suma asegurada máxima individual sin requisitos médicos.
- p) Para dividendos de experiencia propia fórmula de dividendos aplicable.
- q) Mecanismo que la Compañía emplea para el pago de dividendos al Contratante y/o a los asegurados del grupo..
- r) Sistema de administración del seguro.
- s) Transcripción del texto aplicable de los *Artículos 17 a*

21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, publicado el 20 de julio de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.

t) Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los Contratantes.

12. Registro de Asegurados

La Compañía forma un registro de asegurados, el cual debe contar con la siguiente información: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo; sumas aseguradas o regla para determinarlas; 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 trata; número de certificado individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entrega copia de este registro.

A solicitud por escrito del Contratante, y siempre que proceda, la Compañía modifica el registro:

- a) Con los nuevos listados por altas, que formen parte integrante del mismo.
- b) Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante debe hacer lo propio en su ejemplar.
- c) Con el cambio de Sumas Aseguradas.
- d) Al renovarse el Contrato
- e) Con cualquier otro cambio que procediera, de acuerdo con este Contrato o con el marco jurídico relacionado con este Seguro.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, trae como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato, el Seguro continúa en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubre la Prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tiene pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado.

13. Certificados Individuales

La Compañía debe expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del grupo asegurada, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Los certificados individuales deben contener la información que se indica a continuación:
 - i. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
 - ii. Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
 - iii. Operación de seguro, número de póliza y número de certificado individual.

iv. Nombre del Contratante.

v. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.

vi. Fecha de vigencia de la póliza y del certificado individual.

vii. Suma asegurada o regla para determinarla de cada cobertura.

viii. Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.

ix. Transcripción de las cláusulas Alta de Asegurados, Baja de Asegurados y Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral, de estas condiciones generales.

b) La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los certificados individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

i. Proporcionando al Contratante los certificados individuales para su entrega a los asegurados.

ii. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en el inciso a) de esta cláusula.

En todos los casos, el asegurado puede solicitar a la Compañía el certificado individual correspondiente.

14. Reporte de Movimientos

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

a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos de Asegurados dentro de los 30 días siguientes a la fecha de alta en el grupo, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben contener el nombre del Asegurado, la designación de beneficiarios, y todos los datos necesarios para su alta.

b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de Asegurados dentro de los 30 días siguientes a cada separación.

15. Pago de Primas

Por tratarse de un Plan Universal, el seguro está en vigor mientras exista pago de primas o dinero en el fondo acumulado.

Las primas básicas son el punto de partida del diseño del plan, en cuanto a la suma asegurada contratada y su periodicidad; son la base sobre la cual se calcula la tarifa por millar de suma asegurada para cada edad de contratación. Si el Contratante y/o Asegurado desea realizar aportaciones adicionales a estas primas, tales aportaciones se destinan a incrementar el fondo.

Los pagos de primas deben ser hechos en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente.

16. Pago Automático de Primas

Si el Contratante y/o Asegurado deja de pagar la prima o una de sus fracciones, la Compañía descuenta el importe de dicha prima o fracción del fondo acumulado. Este procedimiento se repite mientras exista dinero suficiente en el fondo acumulado a favor del Asegurado.

En caso de que el fondo sea insuficiente para el pago completo que sea necesario realizar, la póliza y/o Certificado Individual continua en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir.

17. Vencimiento del Pago

La prima o cada una de sus fracciones vencen al inicio de cada período pactado.

18. Obligaciones del Contratante

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

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días 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 del Grupo Asegurado dentro de los 30 días 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 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.

19. Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente Contrato o con posterioridad, pueden permanecer en él todos los integrantes del Grupo Asegurable que no sean menores de 12 años ni mayores de 80 años. En cualquier caso deben formar parte activa del Grupo Asegurado y entregar a la Compañía, por conducto del Contratante, el Consentimiento para ser asegurado en los términos que estipula el *Artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro*.

20. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, puede exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, cuenta con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entiende que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

El Contratante debe notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurable dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.

21. Cambio de las Sumas Aseguradas Individuales

Los requisitos para modificar las Sumas Aseguradas son:

- a) Que el Contratante dé aviso a la Compañía dentro del término de 15 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) Que el Contratante devuelva a la Compañía los Certificados individuales que resulten afectados, para su cancelación. La Compañía remite al Contratante los Certificados sustitutos, con las nuevas Sumas Aseguradas.

22. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejan de estar aseguradas desde el momen-

to de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual que se haya expedido.

En este caso, la Compañía restituye la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continúan Asegurados hasta el siguiente aniversario del Seguro en curso.

El Contratante debe notificar por escrito a la Compañía:

- a) Los nombres de las personas que hayan causado baja en el Grupo Asegurado, por separación definitiva de la misma, fallecimiento, renuncia voluntaria o despido.
- b) Los nombres de las personas que hayan causado baja en el Grupo Asegurado por no haber cubierto la parte de prima a que se obligaron, en caso de tratarse de un Seguro por aceptación voluntaria.

En tales casos, el Contratante devuelve a la Compañía, si le fuera posible, los Certificados individuales respectivos para su cancelación.

23. Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo que se indica a continuación.

La Compañía tiene la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo debe presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de la fecha de su separación.

La suma asegurada es la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de su separación.

La prima es determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante debe pagar a la Compañía la prima que corres-

ponde a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

La Compañía manifiesta que para efecto de la presente cláusula, tiene registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y opera un plan individual ordinario de vida.

24. Sistema de Administración

En caso de que la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de esta póliza la lleve a cabo este último, hecho que se indica en la carátula de la póliza, se establece que el Contratante se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la Compañía le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Compañía acceso irrestricto a toda la información relacionada con el seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y del citado Reglamento.

25. Cambio de Contratante

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Compañía puede rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminan treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsa a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los *Artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida* y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

26. Rehabilitación

La Compañía puede rehabilitar este Contrato, si hubiera dejado de estar en pleno vigor, al satisfacerse los siguientes requisitos:

- a) El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcione la Compañía.
- b) Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.

La rehabilitación puede efectuarse en alguna de las siguientes opciones:

- a) Conservando la fecha de Inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, mediante el pago de las primas vencidas e insolutas hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la Póliza no haya estado sin vigor por un plazo mayor a tres meses.
- b) Cambiando la Fecha de Inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, a la que elija el Contratante, mediante el pago de la prima correspondiente a las edades alcanzadas por los integrantes del grupo en la nueva fecha de inicio, siempre que ésta sea posterior a la fecha de cancelación técnica de la primer vigencia.

El Contrato se considera rehabilitado a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

27. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Contrato y del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, el pago único y total que haga la Compañía, es el importe del Fondo Acumulado.

28. 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 confor-

me 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.

29. Competencia

En caso de controversia, el reclamante puede hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros 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, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, según corresponda, 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 dejan 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.

30. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deben dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante se deben hacerse por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía.

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo de dos mil cuatro, el Asegurado y/o el Contratante deben 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 del grupo de que se trate, a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

31. Carencia de Restricciones

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

32. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años 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. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de un año, que se cuenta a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de dos años se cuenta a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía. "Lo anterior únicamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados den su consentimiento después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado"

33. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el *Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro*.

La prescripción se interrumpe no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

34. Notificación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante puede solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcen-

taje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o personal moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporciona dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no exceda de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

II) Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza

1. Descripción de la Cobertura de Fallecimiento

Si durante el plazo del seguro y estando vigentes la póliza y el certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía paga a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada por el contratante y conforme a las condiciones generales de la póliza.

2. Suma Asegurada

En caso de fallecimiento del asegurado dentro de la vigencia de la póliza y el certificado individual correspondiente, la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento, la de la cobertura de últimos gastos y el monto existente en el fondo en la fecha de la muerte, en caso de haberse constituido este último a través de aportaciones adicionales, son pagados al(los) beneficiario(s) designado(s), una vez que se presente toda la documentación que acredite que dicho evento haya ocurrido de conformidad con las condiciones vigentes en la póliza.

3. Fondo Acumulado

Todas las aportaciones que el Contratante y/o Asegurado realicen por concepto de primas básicas y adicionales, se destinan al fondo deduciendo las primas por fallecimiento y coberturas adicionales que se hayan contratado. El fondo acumulado es la reserva matemática.

La Compañía puede invertir las aportaciones recibidas por parte del Contratante y/o Asegurado, de conformidad a las reglas para la inversión de la reserva técnica de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en vigor, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en diferentes fondos de inversión de renta fija emitidos por instituciones de crédito o por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad y con la liquidez necesaria para cubrir las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con las condiciones establecidas para tal efecto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado tiene derecho a solicitar el retiro total o parcial del fondo acumulado.

Por su parte, la Compañía tiene derecho a compensar contra este fondo, cualquier adeudo que tenga el Contratante y/o Asegurado en favor de la misma por causa de las condiciones y obligaciones del contrato.

4. Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía, con el pago que proceda por fallecimiento del Asegurado, por liquidación del Fondo o por la falta de pago de primas.

5. Temporalidad del Plan

Es un Seguro Temporal a un año o por periodo menor con renovación automática. Adicionalmente constituye un fondo de ahorro que se va acumulando con la renovación de la póliza.

6. Renovación Automática

En caso de no recibir la solicitud de cancelación de la póliza y/o del certificado individual, la compañía renueva automáticamente el seguro, de tal manera que se inicia un nuevo periodo de cobertura básica y coberturas adicionales inicialmente contratadas, operando con las condiciones estipuladas desde el momento de contratación del seguro; en el caso del fondo acumulado, éste continua constituyéndose de la misma manera a la del periodo inicial, hasta que por alguna causa el contrato se dé por terminado y el saldo de dicho fondo se agote o sea reclamado.

7. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, son realizados en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

8. Edades de Aceptación

Para los casos de tarificación por edad individual, la edad del Asegurado es la que tenga en su cumpleaños inmediato anterior a la fecha de iniciación de la vigencia del Contrato de Seguro o a la de sus renovaciones. En caso de Altas, la que corresponda al cumpleaños inmediato anterior a su fecha de ingreso al Grupo Asegurado. Para los casos de tarificación por quinquenios o promedios globales, se utiliza la edad promedio del quinquenio o grupo global para cada nuevo integrante, siempre que la suya no rebase por más de 10 años a la edad considerada para el promedio. En tales casos, se le tarifica de acuerdo con su edad alcanzada, como en el esquema de tarificación individual.

La edad de los integrantes del grupo Asegurado, debe comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a la Compañía, ésta lo

anota en el Certificado y/o extiende un comprobante y no puede exigir nuevas pruebas por este concepto.

Si antes de ocurrir un siniestro se descubre que el Asegurado declaró inexactamente su edad, y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, el Certificado correspondiente sigue en vigor por la misma Suma Asegurada de acuerdo con las siguientes reglas:

- a) Si la edad declarada resultase inferior a la real, la obligación de la Compañía se reduce en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real, en la fecha de celebración del Contrato, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad. Las primas ulteriores deben aplicarse de acuerdo a la edad real.
- b) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía está obligada a reembolsar la diferencia entre la Reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deben reducirse de acuerdo con esta edad.
- c) En cualquier caso, el Contratante está obligado a pagar a la Compañía en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de su ingreso al Grupo Asegurado estaba fuera de los límites de admisión fijados en la carátula de la póliza, el contrato queda rescindido respecto del integrante de que se trate y el certificado respectivo sin valor alguno y la compañía reembolsa al contratante la reserva matemática correspondiente al expresado integrante.

Solo en caso de que se indique que la edad de los asegurados es la edad real, el rango de admisión y cancelación para este Seguro en la Cobertura de Invalidez Total y Permanente es de 12 a 64 años cumplidos. El seguro se cancela en la renovación de la Póliza en la que la edad del Asegurado sea 65 años.

9. Ajustes de la 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 Certifica-

do. En uno y en otro caso debe ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

10. Reservas Técnicas

Todos los pagos que se reciban por parte del Contratante y/o Asegurado, como son las primas básicas y aportaciones adicionales, se aplican para constituir e incrementar la reserva. Así mismo, esta reserva se incrementa mediante los intereses que se obtengan de su inversión y se disminuye por las deducciones del costo del seguro y el cargo al fondo acumulado. La reserva es igual al fondo acumulado.

11. Costo del Seguro

Al momento de recibir la prima total, se deduce la prima básica que corresponda y el remanente se envía al fondo para su inversión.

12. Cargo al Fondo

La Compañía cobra mensualmente el 0.2 % sobre el valor total del fondo por los servicios que proporciona por la administración del mismo.

13. Valor en Efectivo

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza y del Certificado Individual respectivo, el valor en efectivo es igual al monto existente en el fondo acumulado.

14. Valor de Rescate

El Asegurado puede rescatar su seguro recibiendo el importe del fondo acumulado y se cancela el Certificado Individual de manera definitiva.

15. Retiros

Durante la vigencia de la póliza y de su Certificado Individual, el Asegurado puede en el momento en que así lo desee, hacer retiros parciales de su fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deduce del fondo constituido. El Asegurado puede hacer diversos retiros al año, de acuerdo con las políticas vigentes de la Compañía, que se dan a conocer a través de los estados de cuenta que se envíen al Asegurado, directamente en la Compañía o en la página Web de la misma.

16. Formas Opcionales de Liquidación

La Compañía liquida al Asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier cantidad que resulte pagadera de acuerdo con los términos establecidos en la póliza, mediante alguna de las siguientes opciones:

- a) Pago Único. La Compañía paga la suma asegurada o el fondo acumulado en una sola exhibición.
- b) Fideicomisos. El Asegurado y/o el Contratante pue-

den contratar un fideicomiso para que la suma asegurada o el fondo acumulado, sea pagado de acuerdo con lo que se especifique en los contratos de Fideicomiso de la Compañía.

- c) Otra. Todo monto pagadero bajo la póliza puede ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual al momento de la contratación del seguro. Cualquiera que sea la opción de liquidación que elija el Asegurado y/o Contratante al momento de la contratación, puede ser cambiada mediante notificación por escrito a la Compañía, siempre y cuando ésta no haya realizado pago alguno.

17. Participación de las Utilidades (Sólo si el seguro tiene esta opción indica en la carátula de la póliza)

Este contrato tiene participación de utilidades mediante el otorgamiento de dividendos por siniestralidad favorable, en el tipo de experiencia que se indica en la carátula de la póliza, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Los dividendos que en su caso se otorguen, se calcula considerando la experiencia propia del grupo, lo que se justifica en la nota técnica registrada.
- b) Se entiende por Experiencia Propia, cuando la prima del grupo está determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o bien, de las pólizas que pertenecen al mismo grupo empresarial. El número de integrantes del grupo no puede ser inferior a mil al inicio de la vigencia de este contrato.
- c) El otorgamiento de dividendos está convenido expresamente en la póliza al momento de la contratación.
- d) Los dividendos se calculan con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de dividendos, se determina con base en el procedimiento establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Para efectos del cálculo de dividendos, se considera hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima establecida para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma, manteniendo el principio de proporcionalidad que se indica en el inciso siguiente.

- e) Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tienen derecho a recibir los dividendos generados de manera proporcional a las aportaciones realizadas.
- f) La determinación de dividendos a otorgar se realiza al finalizar la vigencia de la póliza.
- g) Sólo pueden pagarse dividendos calculados conforme a lo establecido en los incisos anteriores.
- h) Los dividendos no pueden ser pagados antes de fi-

nalizar la vigencia de la póliza. No pueden pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entiende por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas con vigencia menor a un año, no se otorgan dividendos.

- i) Si con posterioridad al pago de dividendos y por tanto al término de vigencia de la póliza, se presentan reclamaciones de siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, el Contratante está obligado a devolver la cantidad correspondiente a dichos siniestros hasta un máximo del importe de los dividendos cobrados. El derecho de la Compañía a compensar siniestros ocurridos contra dividendos cobrados, se mantiene durante cinco años para el caso de las coberturas del riesgo de fallecimiento y dos años para las demás coberturas, ambos periodos contados a partir del término de vigencia de la póliza para el cual fueron calculados dichos dividendos
- j) Los dividendos pueden ser pagados en efectivo o a cuenta del pago de la prima de la vigencia posterior. Si el Contratante no elige alguna de estas opciones, la cual queda indicada en la carátula de la póliza, se aplica la segunda de ellas.

18. Estado de Cuenta

La compañía proporciona al contratante y/o asegurado un estado de cuenta trimestral, ya sea a través de medios electrónicos o en papel impreso, el cual contiene el nombre de la compañía de seguros, nombre del asegurado, número de póliza, identificación del producto, periodo que se informa, datos generales de la póliza y/o certificado individual, rendimiento de la inversión, resumen general y detalle de movimientos. Si el estado de cuenta se envía en medios magnéticos, se entrega un estado de cuenta impreso al menos semestralmente.

El asegurado dispone de 45 días naturales, contados a partir de que reciba el estado de cuenta, en el último domicilio registrado por la compañía, para solicitar cualquier aclaración y/o rectificación.

19. 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) Coberturas de Accidente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Para los efectos de las presentes condiciones se considera Accidente al acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales o la muerte del Asegurado mientras se encuentre vigente la póliza. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

1. Muerte Accidental (Sólo si es contratada)

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 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.

2. Pérdidas Orgánicas por Accidente (Sólo si es contratada)

La Compañía paga la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor.

La suma asegurada que se paga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar a la suma asegurada de esta cobertura, el porcentaje correspondiente que se indica en la escala de indemnización. La tabla indemnizatoria que aplique en cada caso, está claramente especificada en la póliza y/o los certificados individuales. Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las pérdidas orgánicas amparadas, se pagan las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excede el importe de la suma asegurada convenida.

Para el caso de esta cobertura, el beneficiario directo es el propio Asegurado, quien es el único facultado para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura. Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

TABLA A

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje
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 %

TABLA B

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje
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 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres 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 %

- a) Una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarso o arriba de ella.
- c) Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

e) Ambos oídos, la sordera o pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los oídos.

3. Muerte Accidental Colectiva (Sólo si es contratada)

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 colectivo 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.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente colectivo lo siguiente:

- a) El accidente que tuviere el asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- b) El accidente que tuviere el asegurado 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
- c) El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio. Para que la compañía se encuentre en posibilidades de resolver lo conducente para la aplicación de esta cobertura, se requiere que se le acredite la ocurrencia del accidente con alguna de las características señaladas.

4. Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo (Sólo si es contratada)

La Compañía paga la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente colectivo lo siguiente:

- a) El accidente que tuviere el asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- b) El accidente que tuviere el asegurado 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

El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

La suma asegurada que se paga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar a la suma asegurada de esta cobertura, el porcentaje correspondiente que se indica en la escala de indemnización. La tabla indemnizatoria que aplique en cada caso, está claramente especificada en la póliza y/o los certificados individuales.

Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las pérdidas orgánicas amparadas, se pagan las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excede el importe de la suma asegurada convenida.

Para el caso de esta cobertura, el beneficiario directo es el propio Asegurado, quien es el único facultado para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura.

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- a) Una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

TABLA A

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje
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 %

TABLA B

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje
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 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres 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 %

- b) Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
- c) Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
- e) Ambos oídos, la sordera o pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los oídos.

Condiciones Específicas

Para las coberturas de accidente operan las siguientes condiciones específicas:

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas Coberturas se conceden únicamente, si se presenta a la Compañía prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte o la pérdida orgánica al Asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la Póliza y del Certificado al que se adiciona esta Cobertura.

Cancelación Automática

La vigencia de estas Coberturas termina automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía:

- a) En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 81 años
- b) Cuando el Asegurado esté disfrutando de los beneficios que para el caso de invalidez pueda concederle la Póliza, en cuyo caso, al momento de pagar la Suma Asegurada por Invalidez, se devuelve la Prima Neta No Devengada correspondiente a la(s) Cobertura(s) de Accidente.
- c) En el momento en que por una o más reclamaciones, se pague el 100 % de la indemnización
- d) En el aniversario de la Póliza siguiente a la fecha del accidente que ocasione alguna de las indemnizaciones aquí previstas.

Exclusiones

Las indemnizaciones que correspondan no se conceden cuando la muerte o pérdida orgánica se deba a:

- a) **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) **Infecciones que no provengan de un accidente cubierto.**
- c) **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.**
- d) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- e) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- f) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- h) **Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe de forma directa durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- j) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte**
- k) **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.**
- k) **Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente cubierto.**
- l) **Radiaciones ionizantes.**
- m) **Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.**
- n) **Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**
- o) **Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales después de ocurrido el Accidente.**

IV) Coberturas de Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

1. Pago de Suma Asegurada (Sólo si es contratada)

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el asegurado.

2. Exención de Pago de Primas (Sólo si es contratada)

Si el asegurado titular se invalida total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la compañía mantiene vigente sin más pago de primas, la cobertura básica de muerte por el periodo de tiempo que falte para concluir el plazo del seguro en curso, con la suma asegurada vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez.

Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura, se considera invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que ésta haya sido continua por un período no menor a seis meses y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, no sean accesibles para el asegurado.

También se considera invalidez total y permanente, la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de estas coberturas se entiende por pérdida:

a) De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.

- b) De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
 - c) De vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
- El pago de la suma asegurada o la exención de pago de primas se realizan después de que haya transcurrido el periodo de espera de seis meses, contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. El periodo de espera no opera en caso de que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

Condiciones Específicas

Para las coberturas de invalidez total y permanente operan las siguientes condiciones específicas:

Pruebas

El Asegurado debe presentar a la Compañía, pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente, pudiendo presentar al efecto dictamen del IMSS, ISSSTE o de cualquier otra instancia médica; sin embargo, la Compañía se reserva el derecho a verificar dichos dictámenes y a designar a una persona que corrobore dicho estado de invalidez total y permanente, dicha designación recae en el médico que para tal efecto señale la Compañía.

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancela automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 66 años.

Contratación de Coberturas

La cobertura de Exención de Pago de Primas se puede contratar sólo si se contrata la cobertura de Pago de Suma Asegurada.

Exclusiones

Esta Cobertura no se concede cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) **Infecciones que no provengan de un accidente cubierto.**
- c) **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.**

- d) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.
 - e) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
 - f) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
 - g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
 - h) Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe de forma directa durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
 - j) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte k) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.
 - k) Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente cubierto.
 - l) Radiaciones ionizantes.
 - m) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
 - n) **Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**
 - o) **Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales después de ocurrido el Accidente.**
 - p) **Enfermedades preexistentes.**
- Para los efectos de la exclusión del inciso, la Compañía solo puede rechazar una reclamación por preexistencia, cuando cuente con las pruebas siguientes:
- i. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento 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.
 - ii. Pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, puede solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
 - iii. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate.
- Acuerdo de Arbitraje**
- En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la Compañía, para someterse a un arbitraje privado.
- La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.
- El procedimiento del arbitraje se establece por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vincula a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir es liquidado por la Compañía.
- V) Cobertura de Últimos Gastos**
- Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Mediante esta cobertura y siempre que el asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la compañía proporciona el anticipo de un porcentaje de la suma asegurada contratada por fallecimiento.

El monto del anticipo fluctúa entre el 25 % y el 50 % del beneficio de la cobertura por fallecimiento, y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del asegurado que tenga contratada esta cobertura. El porcentaje de anticipo para obtener la suma asegurada de esta cobertura, está definido en la póliza y el certificado individual correspondiente. En todos los casos se debe fundamentar la reclamación por el médico tratante o especialista en la materia.

Así mismo, este anticipo se paga una vez que el asegurado demuestre a la compañía, que padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 meses. Entre las pruebas a presentar se incluye un dictamen médico del IMSS, ISSSTE o médico tratante y están sujetas a comprobación y validación por parte de la Compañía, para el caso de que la Compañía determine la improcedencia de un dictamen, éste deberá venir respaldado por un médico especialista en la materia.

Primas

Se otorga sin costo alguno en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la Suma Asegurada como apoyo a los familiares y Asegurados de la Compañía, además de que el costo es solventado por la Cobertura de Fallecimiento, al ser el beneficio total restante pagadero al fallecimiento del Asegurado titular.

“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 23 de Mayo de 2011, con el número CNSF-S0091-0959-2010/ CONDUSEF-001884-01”.

“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.”