



HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.
 Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez
 Ciudad de México, Código Postal 03940
 Tel. (55) 5262-1780/ 800-SEGUHIR (7348447)
 www.hirsegueros.mx

Seguro de Grupo Vida HS2012 sin Participación de Utilidades Febrero 2013

CONDICIONES GENERALES

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001880-03, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

Índice

A) Definiciones

1. Compañía	2
2. Póliza	2
3. Endoso	2
4. Contratante	2
5. Grupo Asegurado.....	2
6. Asegurado	2
7. Beneficiario	2
8. Detalle de Coberturas.....	2
9. Vigencia	2
10. Inicio de Cobertura	2
11. Suma Asegurada	2
12. Prima	2
13. Sinistro	2
14. Accidente	2
15. Pérdida Orgánica	2
16. Invalidez Total Y Permanente	2
17. Asegurado Adicional	2

B) Cláusulas generales

1. Contrato	3
2. Modificaciones	3
3. Consentimientos individuales	3
4. Registro de Asegurados.....	3
5. Certificados individuales	3
6. Omisiones o Declaraciones Inexactas	3
7. Vigencia del contrato	4
8. Terminación del contrato	4
9. Prima	4
10. Pago de Prima	4
11. Periodo de Gracia	4
12. Ajuste de Prima	4
13. Renovación.....	4
14. Rehabilitación	5
15. Moneda.....	5
16. Disputabilidad	5
17. Prescripción.....	5
18. Comunicaciones	5
19. Competencia	5
20. Obligaciones del contratante	5

21. Alta de Asegurados	6
22. Cambio de las suma Aseguradas	6
23. Baja de asegurados	6
24. Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral	6
25. Cambio de contratante	6
26. Beneficiarios	6
27. Edad	7
28. Ajustes de la Suma Asegurada	7
29. Sistemas de administración	7
30. Liquidación de Suma Asegurada	7
31. Suicidio	7
32. Notificación de comisiones.....	7
33. Cambio por Riesgos	8
34. Interés Moratorio	8
35. Comprobación de siniestros.....	9
36. Preceptos Legales	9

C) Cobertura de Fallecimiento

D) Cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente

E) Cobertura de Accidente.....

1. Muerte Accidental (MA)	10
2. Pérdidas Orgánicas por Accidente	10
3. Muerte Accidental Colectiva (MAC).....	10
4. Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo	11
Exclusiones	12

F) Cobertura de muerte o invalidez total y permanente

1. Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente	13
2. Exención de Pago de Primas por invalidez total y permanente	13
Exclusiones	14

G) Coberturas de Gastos Funerarios

1. Gastos Funerarios Asegurado Titular (GFAT)	15
2. Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)	15
3. Gastos Funerarios de los hijos (GFH)	15
Exclusiones	16

G) Coberturas de Últimos Gastos

A) Definiciones

Para efectos de este Contrato se entenderá por:

1. Compañía

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

2. Póliza

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

3. Endoso

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

4. Contratante

Persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro y es responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

5. Grupo Asegurado

Lo constituyen todas las 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 de seguro, las personas que formen parte del Grupo Asegurado deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de Asegurados.

Los integrantes del Grupo Asegurado no deberán estar sujetos a un proceso de invalidez o incapacidad, o suspendidos de sus funciones, a menos que la Compañía acepte expresamente cubrir tales condiciones, lo cual deberá constar en la póliza.

6. Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que gozarán del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza.

7. Beneficiari

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

8. Detalle de Coberturas

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

9. Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

10. Inicio de la Cobertura

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

11. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura, ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

12. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

13. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato que dé origen al pago de la indemnización cubierta.

14. Accidente

Se entenderá por Accidente aquél 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. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

15. Pérdida Orgánica

- a) Pérdida de una mano. Separación o anquilosamiento en nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Pérdida de un pie. Separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- c) Pérdida de los dedos. Separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- d) Pérdida de la vista. Pérdida completa y definitiva de la visión.

16. Invalidez Total y Permanente

Se considerará que existe Invalidez Total y Permanente cuando el Asegurado, como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado de manera permanente, para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente y no opera el periodo de espera citado en el párrafo anterior, la pérdida de:

- a) La vista en ambos ojos de manera irreparable y absoluta
- b) Ambas manos
- c) Ambos pies
- d) Una mano y de un pie
- e) Una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo

17. Asegurado Adicional

Cónyuge o concubino (a) legalmente reconocido del Asegurado, así como los hijos de éste. Tanto los hijos

como el Cónyuge son susceptibles de ser asegurados, ya sea con primas a cargo del Asegurado o del Contratante, según se especifique en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento Individual correspondiente.

B) Cláusulas Generales

1. Contrato

La Póliza, la Solicitud y el Registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos y Certificados Individuales, las Cláusulas y los Endosos que se agreguen constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (*Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro*). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Modificación

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hará 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 tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

3. Consentimientos Individuales

La Compañía debe contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, previo a su incorporación a dicho Grupo.

4. Registro de Asegurados

La Compañía formará 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 o colectividad; 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 modificará el registro:

- a) Con los nuevos listados por altas, que formarán parte integrante del mismo.
- b) Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante deberá 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 por parte del Contratante, sobre la entrega a La Compañía de la información que debe contener el Registro de Asegurados, traerá 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 continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado.

5. Certificado Individuales

La Compañía debe expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del grupo o colectividad asegurada. 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.

6. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo ordenado por los *Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro*, las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados, están obligadas 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 su ingreso al grupo asegurado. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, por cuanto al certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

7. Vigencia del Contrato

El presente Contrato entrará en vigor desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado, quedando constatada dicha fecha por escrito en la Carátula de la Póliza. Inicia a las doce horas del primer día del período de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del período de seguro contratado.

8. Terminación del Contrato

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 hrs. de la fecha correspondiente:

- Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones
- A falta de pago de primas, la vigencia del Contrato finaliza el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato
- 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 podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato.

9. Prima

La prima total del Grupo Asegurado, así como las primas que corresponden a cada integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La prima total del seguro es igual a la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación, suma asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

En cada fecha de vencimiento del contrato, la Compañía puede calcular para cada cobertura, la prima promedio por millar de suma asegurada que se aplica en la renovación. La prima promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la suma asegurada total al millar.

A cada integrante del grupo que ingrese en la fecha posterior al aniversario del contrato, se le aplica la prima promedio por días exactos.

10. Pago de Prima

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. La forma de pago de las primas es de acuerdo a la periodicidad solicitada por el Contratante y que contempla como opciones: anual, semestral, trimestral, cuatrimestral o mensual. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la si-

guiente prima, se puede modificar la forma de pago a cualquier periodicidad disponible.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán 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 deberán ser pagadas a su vencimiento, en las oficinas de la Compañía y/o las designadas para tal efecto, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

11. Periodo de Gracia

Los efectos del Contrato cesarán 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 primer pago (esto es, los recibos fraccionados no cuentan con período de espera).

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días de espera la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida del grupo a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

12. Ajuste de la Prima

En cada renovación, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la prima por devengar que corresponda a su edad (si es tarificación individualizada) o la del grupo global, según sea el caso, en el mismo plan pero a un plazo igual al tiempo por transcurrir para el vencimiento del Contrato.

13. Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato, a solicitud del Contratante, siempre que se reúnan los requisitos de contratación del Seguro de Grupo, y en este último caso, lo establecido en el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo, vigentes en la fecha de vencimiento del Contrato.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por

la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

14. Rehabilitación

La Compañía podrá 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 proporcionará la Compañía.
- b) Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.

15. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, serán realizados en Moneda Nacional.

16. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua, será 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 contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos 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 un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

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.

17. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas que cubran el 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 interrumpirá 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.

18. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán 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 deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía.

19. 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 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 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros*. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución 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.

20. Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá 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 deberán 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 entrarán 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.

21. 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 30 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 o colectividad.

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 30 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.

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

22. 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 surtirán 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 remitirá al Contratante los Certificados sustitutos, con las nuevas Sumas Aseguradas.

23. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejan de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual que se haya expedido.

En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, 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.

24. 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 o colectividad 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 o colectividad 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 será 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 corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

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 o colectividad, 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. Beneficiario

Todo integrante del grupo o colectividad designa libremente a sus beneficiarios y siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier integrante del grupo o colectividad 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 tendrán 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, acrecentará 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 pagará a la sucesión del Asegurado.

27. Edad

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 anotará en el Certificado o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

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 quedará rescindido respecto del integrante de que se trate y el Certificado respectivo sin valor alguno y la Compañía reembolsará al Contratante la Reserva Matemática correspondiente al expresado integrante.

28. 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 pagará 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, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

29. 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 este seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y del citado Reglamento.

30. Liquidación de Suma Asegurada

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 a favor del Asegurado y/o beneficiarios designados.

31. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado.

32. Notificación de Comisiones

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 personal 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.

33. Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados.

Cualquier cambio a estas circunstancias deberá de notificarse a la Compañía, con el propósito de evaluar el nuevo riesgo y si procede ajustar la prima correspondiente.

34. 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 recla-

mación, 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.

35. Comprobación del siniestro

A continuación se enlistan los documentos que se deberán presentar para la solicitud de pago de suma asegurada, de acuerdo al tipo de cobertura:

FALLECIMIENTO

- a) Formato de reclamación
- b) Póliza original, si la tuviera
- c) Último recibo de pago de primas
- d) Certificado de defunción
- e) Acta de defunción del asegurado
- f) Acta de nacimiento del asegurado
- g) Acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)
- h) Acta de matrimonio (En caso de que el cónyuge sea beneficiario)
- i) Copia de identificación oficial del Asegurado y Beneficiarios
- j) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- k) En caso de muerte accidental, copias certificadas de las actuaciones del Ministerio Público completas.

INVALIDEZ / PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- a) Formato de reclamación
 - b) Póliza original, si la tuviera.
 - c) Último recibo de pago de primas
 - d) Acta de nacimiento del asegurado
 - e) Copia de identificación oficial del Asegurado
 - f) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
 - g) Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas
 - h) Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete
- La Compañía se reserva el derecho a solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
- La recepción de la documentación presentada por parte de La Compañía, no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

36. 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.hirseguros.mx, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

C) Cobertura de Fallecimiento

Si durante la vigencia del certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará 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.

D) Cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente

Si durante la vigencia del certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento o la invalidez total y permanente del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados o al propio asegurado, según corresponda, la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada por el contratante y conforme a las condiciones generales de la póliza.

E) Coberturas de Accidente

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

1. Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará 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 del certificado individual correspondiente, 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.

2. Pérdidas Orgánicas por Accidente

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 al momento de ocurrir el siniestro.

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.

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 %

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.
- 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.

3. Muerte Accidental Colectiva (MAC)

La Compañía pagará 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 del certificado individual correspondiente al momento de ocurrir el siniestro, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá 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 requerirá que se le acredite la ocurrencia del accidente con alguna de las características señaladas.

4. Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo

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 mientras el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de

ocurrir el siniestro, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá 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.

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.

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 %

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:

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

Para cualquiera de las coberturas por accidente operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas Coberturas se concederán 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 terminará automáticamente

mente 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 81 años
- 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 devolverá la Prima Neta No Devengada correspondiente a la(s) Cobertura(s) de Accidente.
- En el momento en que por una o más reclamaciones, se pague el 100 % de la indemnización
- En el aniversario de la Póliza siguiente a la fecha del accidente que ocasione alguna de las indemnizaciones aquí previstas.

Prima

La Compañía concede estas Coberturas con la obligación de pago de una prima adicional. Para cada tipo de Cobertura de Accidente, corresponde una cuota en particular.

Exclusiones

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

- Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- Infecciones que no provengan de un accidente cubierto.**
- Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.**
- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- 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 mientras el Asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en 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.**
- l) **Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente cubierto.**
- m) **Radiaciones ionizantes.**
- n) **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 influy en la realización del siniestro.**
- o) **Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**

F) 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 por Invalidez Total y Permanente

Esta cobertura proporciona al asegurado en una sola exhibición, el pago de la suma asegurada contratada, si durante la vigencia del seguro y de acuerdo con las

definiciones señaladas en las condiciones generales, se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que la invalidez sea total y permanente.

2. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Esta cobertura se ofrece en alguna de las siguientes opciones:

- a) 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.
- b) 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 la temporalidad medida en años, según se indique en la carátula de la póliza y el certificado individual correspondiente, con la suma asegurada vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez.
- c) 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 que el Asegurado cumpla 60, 65, 70 ó 75 años, según se indique en la carátula de la póliza y el certificado individual correspondiente, con la suma asegurada vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez.
- d) 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 en forma vitalicia, con la suma asegurada vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez.

Para los efectos de las presentes condiciones se considera Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o padezca una enfermedad que lo imposibilite para desarrollar el trabajo remunerado que desempeñe al momento de sufrir el siniestro acorde con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente y no opera el periodo de espera citado en el párrafo anterior, la pérdida de:

- a) La vista en ambos ojos de manera irreparable y absoluta
- b) Ambas manos

- c) Ambos pies
- d) Una mano y de un pie
- e) Una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas 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.

Para la cobertura de invalidez total y permanente operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de la Aseguradora.

Lo anterior sin perjuicio de lo consignado por el *Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro* que faculta a la Aseguradora para solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Para poder decretar el estado de invalidez o incapacidad total y permanente se requiere que hayan transcurrido

seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancelará 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.

Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

Prima

La Compañía concede esta Cobertura con la obligación de pago de la prima adicional correspondiente.

Exclusiones

Esta Cobertura no se concederá 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 viaje 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 mientras el Asegurado participe como sujeto activo o directamente en 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 influy en la realización del siniestro.**
- n) **Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**
- o) **Cualquier pérdida que se manifiest 90 días naturales después de ocurrido el Accidente.**
- p) **Cuando previamente a la celebración del contrato al Asegurado se le haya diagnosticado la existencia de un padecimiento, que a la fecha de su ingreso al grupo asegurado, le ocasionara limitaciones funcionales de tal importancia que fuera evidente y comprobable médicamente, que el Asegurado presentaría un estado de Invalidez Total y Permanente en un plazo no mayor a seis meses.**

G) Coberturas de Gastos Funerarios

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. Gastos Funerarios Asegurado Titular (GFAT)

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado titular, se pagará

a los beneficiarios designados la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada por fallecimiento del asegurado titular.

2. Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)

Para efectos de esta cobertura, se entiende como cónyuge, al esposo o esposa, al concubinario o concubina que lo sean en los términos del *Artículo 1635 del Código Civil Federal*. A este cónyuge, en caso de ser incluido en el certificado individual del asegurado, se le dará el carácter de asegurado adicional.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, se indemnizará al asegurado titular por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada por fallecimiento del asegurado titular.

Es importante destacar que el beneficio de esta cobertura se paga, sólo si el asegurado titular se encuentra con vida al momento de ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, en caso contrario, solo se realizará la devolución de la reserva, ya que la cobertura tiene la finalidad de cubrir la eventualidad económica que el fallecimiento del asegurado adicional provoque al asegurado titular.

El único beneficiario de la suma asegurada que otorga esta cobertura, será el asegurado titular. Al no recabarse la firma del asegurado adicional, no es posible que éste tenga una designación de beneficiarios independiente y opera el funcionamiento de beneficio recíproco entre asegurado titular y asegurado adicional.

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancelará automáticamente para el Asegurado adicional sin necesidad de declaración expresa de la Compañía:

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado adicional (cónyuge) sea 66 años.
- b) Si el Asegurado está haciendo uso de alguno de las Coberturas de Invalidez o Accidente, al momento de pagar la Suma Asegurada por invalidez, o accidente, se devolverá la Prima Neta No Devengada de la Cobertura que no está siendo indemnizado.

3. Gastos Funerarios de los Hijos (GFH)

Para efectos de esta cobertura, se entiende como hijos, a la descendencia procreada por el asegurado titular ya sea de manera natural o por vía de la adopción legal, de manera que dicha paternidad conste en el acta de nacimiento del hijo. A cada hijo incluido en el certificado individual del asegurado titular, se le dará el carácter de asegurado adicional.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, se in-

demnizará al asegurado titular por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder de lo que resulte menor entre la suma asegurada por fallecimiento del asegurado titular ó 60 veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

Es importante destacar que el beneficio de esta cobertura se paga, sólo si el asegurado titular se encuentra con vida al momento de ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, en caso contrario, solo se realizará la devolución de la reserva, ya que la cobertura tiene la finalidad de cubrir la eventualidad económica que el fallecimiento del asegurado adicional provoque al asegurado titular.

El único beneficiario de la suma asegurada que otorga esta cobertura será el asegurado titular. Al no recabarse la firma del asegurado adicional, no es posible que éste tenga una designación de beneficiarios independiente y opera el funcionamiento de beneficio recíproco entre asegurado titular y asegurado adicional.

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancelará automáticamente para el Asegurado adicional sin necesidad de declaración expresa de la Compañía:

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que la edad cumplida de cada Asegurado adicional sea 25 años.
- b) Si el Asegurado está haciendo uso de alguna de las Coberturas de Invalidez o Accidente, al momento de pagar la Suma Asegurada por invalidez, o accidente, se devolverá la Prima Neta No Devengada de la Cobertura que no está siendo indemnizada.

Para las coberturas descritas anteriormente, operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Para que la Compañía conceda la Cobertura, el Asegurado titular (único Beneficiario) deberá presentar a la misma, pruebas del fallecimiento del Asegurado adicional. Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva igualmente del derecho de exigir al Asegurado titular la debida comprobación de su edad y la de los asegurados adicionales, si no se ha hecho la anotación respectiva en la Póliza.

Prima

La Compañía concede esta Cobertura con la obligación del pago de la prima adicional correspondiente.

Exclusiones

Las indemnizaciones que correspondan, no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- a) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental. Si esto ocurre dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado individual de Seguro, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado incluido en el Certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del Seguro del expresado integrante.**

En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía

- b) **El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del Asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el Contrato, el Seguro será ineficaz pero los herederos del Asegurado tendrán derecho a la Reserva Matemática**
- c) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección**
- d) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el Asegurado, el Asegurado adicional o sus hijos y familiares directos**
- e) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado adicional en una riña, siempre que él, el Asegurado, sus hijos o familiares directos hayan sido los provocadores**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero, en un vehículo público ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos**
- g) **Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado adicional en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el Ase-**

gurado adicional haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en 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

- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte**
- j) Inhalación de gases y humos: a menos que sea accidental**
- k) Radiaciones ionizantes**
- l) Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico y siempre y cuando hayan influido en la realización del siniestro**

H) 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, estará definido en la póliza y el certificado individual correspondiente.

Así mismo, este anticipo se pagará 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. Para determinar el estado terminal del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En caso de que el Asegurado no se encuentre afiliado a ninguno de estos institutos, deberá presentar la historia clínica y dictamen médico emitido por un médico certificado en la especialidad de la que se trate.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador especialista en la materia, designado por ella, para declarar la procedencia o improcedencia del pago. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no es terminal ni lleva irremediablemente a la muerte, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de la Aseguradora.

Lo anterior sin perjuicio de lo consignado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que faculta a la Aseguradora para solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en Hermes 28, Colonia Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940 Ciudad de México o al teléfono 800 SEGUHIR (800 734 8447), en horario de lunes a viernes de 8:30 a 18:00 horas; al correo electrónico une@hirseguros.com.mx o visite nuestra página de internet <http://www.hirseguros.mx> o bien, comunicarse a CONDUSEF en Avenida de los Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México o al teléfono 555340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080, 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, 01 de Febrero del 2013 con el número CNSF-S0091-0368-2012”



HIR Compañía de Seguros
Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940
Tels: (55) 5262-1780 / 800-(SEGUHIR) 7348-447
www.hirseguros.mx

CLÁUSULA COBERTURA ADICIONAL "INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN"

SEPTIEMBRE 2020

COBERTURA ADICIONAL

Operará solamente si en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual se indica que está contratada.

I. DEFINICIONES

1. Eventos cubiertos

Los eventos que ampara esta cobertura son cáncer, úlcera gástrica, enfermedad cerebro vascular, Diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, ceguera o sordera, coma, parálisis de extremidades, quemadura grave, esclerosis múltiple, tratamiento quirúrgico de aneurisma, trasplante de órganos principales, colestectomía (cirugía de vesícula) y angioplastia transluminal coronaria.

2. Accidente

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que traiga como consecuencia la hospitalización del asegurado. No se considera accidente la lesión corporal, la intervención quirúrgica o el tratamiento médico provocados intencionalmente por el asegurado.

3. Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Para que una condición o estado sea considerada como una enfermedad, se requerirá del diagnóstico hecho por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que le haya dictaminado al asegurado la hospitalización por veinticuatro (24) horas o más.

4. Enfermedades preexistentes

Son aquellos padecimientos respecto de los que previamente a la celebración del Contrato o durante el período de espera de la cobertura:

- Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- El asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

5. Asegurado

Es el asegurado principal amparado por esta cobertura.

El asegurado principal es el asegurado titular de la póliza y/o el certificado.

Los asegurados también podrán ser los miembros de la familia del asegurado titular, formada por: el cónyuge del titular y/o por sus hijos menores de 18 años.

Los miembros de la familia del asegurado titular gozarán del beneficio que otorga la cobertura, siempre que ésta se haya contratado para ellos.

Se entenderá por asegurado cada una de las personas arriba mencionadas siempre y cuando tengan contratada esta cobertura.

6. Hospital

Centro de salud o Institución sanitaria legalmente autorizados para la atención y la asistencia médica, debidamente registrados ante la Secretaría de salud y demás autoridades competentes de la salud.

7. Hospitalización

Ingreso del asegurado enfermo o herido, en un hospital para su atención especializada hasta el momento en que se dictamine su egreso o su alta hospitalaria.

Se entiende por atención especializada, el tratamiento médico o intervención quirúrgica del asegurado a causa de un accidente o enfermedad.

8. Días de hospitalización

Número de días en que el asegurado permanece interno en el hospital hasta el día en que es dado de alta. Los días de hospitalización se consideran de veinticuatro (24) horas a excepción del día en que el asegurado egresa del hospital por dictamen médico.

9. Período de carencia

Tiempo determinado en días que el asegurado debe esperar internado en el hospital para reclamar la indemnización.

Para efectos de esta cobertura, se consideran 72 horas de período de carencia.

10. Período de espera

Tiempo en días que deben transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para que el asegurado haga uso de la misma.

11. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista en el contrato que dé origen al pago de la indemnización diaria.

12. Monto de la indemnización

Cantidad fija que se pagará porque el asegurado se encuentre hospitalizado.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

13. Beneficio amparado

Si durante la vigencia de la cobertura, el asegurado sufre alguno de los eventos cubiertos enunciados en "Eventos cubiertos" y por dictamen médico, se interna en un hospital para recibir atención especializada, la Compañía pagará al asegurado, en una sola exhibición el monto de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

La indemnización se efectuará en una sola exhibición.

Para hacer uso del beneficio amparado, deben transcurrir el período de espera y de carencia enunciado en esta cláusula.

Efectuada la indemnización aplicará la cancelación automática de esta cobertura.

2. Período de espera

Para efectos de esta cobertura, se aplicará un período de espera de treinta (30) días para todos los eventos cubiertos.

- Cáncer
- Úlcera gástrica
- Infarto agudo al miocardio
- Enfermedad cerebro vascular
- Diabetes mellitus
- insuficiencia renal crónica
- Ceguera o sordera
- Coma
- Parálisis de extremidades
- Quemadura grave
- Esclerosis múltiple
- Tratamiento quirúrgico de aneurisma
- Trasplante de órganos principales
- Colectomía (Cirugía de Vesícula)
- Angioplastia transluminal coronaria

3. Pruebas

Para que la Compañía indemnice al asegurado es necesario que a éste se le haya dictaminado la hospitalización por veinticuatro horas o más, por un médico competente, especialista en la materia y autorizado legal y profesionalmente para tal efecto. El asegurado tendrá que presentar pruebas de su hospitalización hasta por el número de días contratados. La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas o documentos necesarios y que juzgue convenientes para la comprobación del siniestro.

Los documentos que el Asegurado debe presentar para la reclamación de esta cobertura son:

- Copia legible una identificación oficial vigente: INE, pasaporte o cédula profesional
- Informe del médico tratante
- Factura por los días de hospitalización a nombre del asegurado con requisitos fiscales vigentes.

4. Cancelación automática

Durante la vigencia de la póliza y/o el certificado podrá presentarse la cancelación automática de esta cobertura, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Por el cumplimiento de vigencia de la cobertura básica a la que se adhiere esta cobertura.
- b) Por la falta de pago de prima de la cobertura básica o de la prima correspondiente a esta cobertura, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.
- c) En el aniversario inmediato posterior a la fecha de fin de del certificado individual en que el asegurado cumpla 101 años de edad.
- d) Cuando se materialice la indemnización de esta cobertura o la de la cobertura principal a la que se adhiere.
- e) Cuando la cobertura básica a la que se adhiere esta cobertura sea cancelada por cualquier causa.

5. Pago de Prima

Se establece la obligación del contratante para el pago de la prima de esta cobertura, apegándose a lo establecido en las condiciones generales de la póliza bajo el mismo concepto y demás cláusulas relacionadas y semejantes. La prima de esta cobertura se incluye en la prima total a pagar.

6. Temporalidad

El plazo de la cobertura comprenderá la fecha más cercana entre: la terminación de la vigencia de la cobertura básica a la que se adhiera y la fecha en que el Asegurado cumpla la edad alcanzada definida en el punto "Edades de aceptación y cancelación", lo que ocurra primero.

7. Edades de aceptación y cancelación

La edad mínima de aceptación es 18 años y la edad máxima es 64 años.

La edad de cancelación es 65 años.

8. EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubrirá la indemnización diaria cuando la hospitalización sea consecuencia de:

- a) Enfermedades preexistentes o enfermedades que se hayan manifestado o declarado antes de que la compañía haya aceptado el riesgo.
- b) Internamientos ambulatorios e internamientos cuya duración sea menor a veinticuatro horas (24) horas.
- c) Enfermedades o accidentes que no ameriten hospitalización.
- d) Ingresos o internamientos no autorizados por un médico competente y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- e) Ingresos o internamientos ordenados por algún allegado al asegurado por consanguinidad o afinidad de cualquier grado.
- f) Padecimientos congénitos: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, incluso después de varios años.
- g) Cirugías, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reconstrucción o transformación física de cualquier órgano o parte física del cuerpo humano.
- h) Internamientos u hospitalizaciones con fines de investigación o experimentación cualquiera que sea el fin.
- i) Enfermedades causadas directamente por lesiones o padecimientos inferidas intencionalmente por el propio asegurado.
- j) Cualquier enfermedad relacionada con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- k) Enfermedades inducidas por medicamentos tóxicos.
- l) Enfermedades que surjan como consecuencia de la enfermedad o accidente que dieron origen a la hospitalización.
- m) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- n) Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica o actividad profesional o amateur de cualquier deporte, salvo que sea cubierto bajo convenio expreso.
- o) 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.
- p) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, desordenes emocionales o nerviosos, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- q) 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.

r) 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.

s) Aborto, embarazo, parto eutócico, parto distócico o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.

t) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

u) Accidentes que sufra el Asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol con un nivel superior a 0.8 gramos por litro de sangre, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.

v) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

w) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en el hospital.

x) 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.

y) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

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

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

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO (APLICABLE PARA LA EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

“En caso de que la Compañía rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto la Compañía como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.

En ese caso, la Compañía y el asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.”

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.