



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

Microseguro Individual Integral a Tarifa Única HIR

Junio 2015

CONDICIONES GENERALES

"Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros, bajo el número de registro CONDUSEF-001876-02, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)".

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

1. Compañía	2	9. Prescripción.....	6
2. Contrato de Seguro	2	10. Identificación del Cliente.....	6
3. Vigencia del Contrato	2	11. Omisiones O Declaraciones Inexactas	6
4. Terminación del Contrato	2	12. Derecho del Contratante a conocer la comisión o compensación que le corresponda al interme- diario o persona moral.....	7
5. Modificaciones al Contrato	2	13. Comprobación del siniestro	7
6. Temporalidad	2	14. Liquidación	8
7. Renovación Automática	2	15. Entrega de documentación contractual	8
8. Contratante.....	2	16. Preceptos Legales.....	8
9. Asegurado	2		
10. Suma Asegurada.....	2		
11. Beneficiarios	2		
11.1. Beneficiario Irrevocable	2		
11.2. Designación a sucesión legal.....	2		
12. Primas	3		
13. Pago de Primas.....	3		
14. Periodo de Gracia para el pago de primas	3		
15. Rehabilitación.....	3		
16. Moneda	3		
17. Accidente.....	3		

II. CLAUSULAS GENERALES

1. Edades de Aceptación	4
2. Siniestro	4
3. Indemnización por Mora	4
4. Competencia	6
5. Comunicaciones	6
6. Carencia de Restricciones	6
7. Disputabilidad.....	6
8. Suicidio.....	6

III. Funcionamiento de la Póliza

1. Descripción de la Coberturas.....	8
Cobertura Básica	
Fallecimiento	8
Coberturas Opcionales	
Beneficio por Muerte Accidental (MA)	9
Exclusiones.....	9
Coberturas de Fallecimiento por Cáncer	
Exclusiones	11
Cobertura de Fallecimiento por Cáncer Mayor de Incidencia.....	11
Coberturas Adicionales	11
Cobertura por Primer Diagnóstico de Cáncer	11
Exclusiones	11
Cobertura por Primer Diagnóstico de Cáncer Cáncer por de Mayor Incidencia	12
Exclusiones.....	12
Anticipo por Enfermedad Terminal	13
Exclusiones	13

I. DEFINICIONES

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 y la Solicitud, 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

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

4. Terminación del Contrato

El Contrato terminará cuando la Compañía realice el pago que proceda por las coberturas contratadas o por cancelación de la póliza a solicitud escrita por parte del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por cancelación a causa de falta de pago o por terminación de la vigencia.

5. Modificaciones al Contrato

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se harán 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.

6. Temporalidad

El producto es un seguro con temporalidad máxima a un año con posibilidad de renovación automática.

7. Renovación Automática

En caso de no recibir la solicitud de cancelación de la póliza, de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales, la Compañía podrá renovar automáticamente el segu-

ro, de tal manera que se dará continuación con un nuevo periodo de cobertura básica y beneficios adicionales inicialmente contratados, operando con las condiciones estipuladas desde el momento de contratación del seguro.

8. 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

9. Asegurado

La persona física designada como tal en la carátula de la Póliza, amparada bajo los términos de éste contrato.

10. Suma Asegurada

Cantidad establecida para cada una de las coberturas de la póliza, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar, en caso de siniestro.

En base a lo establecido en la fracción I, Disposición 4.8.1 de la Circular Única de Seguros y Fianzas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Diciembre de 2014. La Suma Asegurada no podrá ser superior a veinte mil Unidades de Inversión (UDI), con independencia del período de pagos.

11. Beneficiarios

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

11.1. Beneficiario Irrevocable

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y conste en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

11.2. Designación a sucesión legal

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designa-

do beneficiarios, previo acuerdo o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre beneficiarios a menores de edad, NO SE DEBE señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

12. Primas

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a mas tardar a su vencimiento, a la Compañía a través de los medios designados para tal efecto, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

Dicho recibo servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato entre la Compañía y el Contratante. El importe de la prima básica se establece en la carátula de la póliza.

13. Pago de Primas

El Contratante puede pagar la Prima anual de manera fraccionada durante los plazos de pago estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el Contratante y La Compañía en la fecha de la celebración del contrato.

En apego a la Circular Única de Seguros y Fianzas, fracción VI de la Disposición 4.9.2, se establece que la comprobación de pago de prima servirá como elemento aprobatorio de la celebración de éste contrato.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de la sig. manera (siendo éstas enunciativas mas no limitativas):

- a) Pago bancario referenciado a la cuenta que La Compañía le indique al Contratante, si éste lo solicita como medio de pago.
- b) Pago directo, en el domicilio de La Compañía, contra recibo que ésta última expida.

La comprobación de pago de primas se realizará mediante:

- Ficha de depósito
- Transferencia bancaria ó
- Contra recibo de la aseguradora

14. Periodo de Gracia para el pago de primas

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta días naturales después de la fecha de vencimiento de la fracción correspondiente de prima no pagada o de la fecha de vencimiento de los recibos correspondientes.

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

15. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha de cancelación, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a) El Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- b) El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c) Pagar el importe del ajuste correspondiente al período descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

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

16. Moneda

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

17. Accidente

Toda lesión corporal sufrida por el asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, independiente de la voluntad del asegurado y que le provoque lesiones corporales o la muerte. No se consideraran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado.

II. CLAUSULAS GENERALES

1. Edades de Aceptación

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

La edad declarada por el Asegurado debe comprobarse legalmente cuando así lo considere conveniente la Compañía. Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro son conforme a las políticas de aceptación y suscripción de la compañía que se encuentren vigentes y publicados a la fuerza de ventas bajo el manual de políticas de suscripción o en la página Web de la compañía bajo este producto y asentada en la carátula de la póliza, en caso de no existir los elementos anteriores, las edades de aceptación serán: hasta 100 años cumplidos en el caso del titular y cónyuge y hasta 24 en caso de los hijos.

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

Coberturas	Edad de Aceptación	Edad de cancelación
Fallecimiento	30 días de nacido	100 años cumplidos
Muerte por Accidente	30 días de nacido	100 años cumplidos
Fallecimiento por cáncer	30 días de nacido	100 años cumplidos
Primer Diagnóstico de Cáncer	12 años cumplidos	100 años cumplidos
Fallecimiento por cáncer de Mayor Incidencia	30 días de nacido	100 años cumplidos
Primer Diagnóstico de Cáncer de Mayor Incidencia	12 años cumplidos	100 años cumplidos

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

Cuando se compruebe que la edad se encuentra:

- a) Dentro de los límites de admisión registrados por la Compañía.
 - a.1) Si en vida del Asegurado, la edad real al expedirse la póliza es,
 - I. Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del Contrato.

- II. Menor que la declarada: la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de celebrarse el Contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del Contrato.

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

- b) Fuera de los límites de admisión registrados por la Compañía: el caso de que hubiere y corresponda a la presente Póliza o al Certificado Individual, el pago de la Reserva Matemática.

2. Siniestro

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

3. Indemnización por Mora

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual establece lo siguiente:

“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos

- en la parte inicial de este Artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este Artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este Artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este Artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este Artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este Artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este Artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este Artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este Artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este Artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este Artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente Artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
- El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- Los intereses moratorios;
 - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este Artículo, y
 - 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.”

4. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros;

5. Comunicaciones

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

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

6. Carencia de Restricciones

El presente Contrato no estará 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.

7. 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 el Asegurado para la apreciación del riesgo.

8. 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, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, cesará la obligación de pago de la suma asegurada.

Si el suicidio ocurriera antes de los dos años antes mencionados, la Compañía reembolsará únicamente la reserva matemática que corresponda.

9. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos años para el resto de las coberturas contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como por la presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de La Compañía.

10. Identificación del Cliente

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

11. Omisiones O Declaraciones Inexactas

El Asegurado Titular está obligado a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, en la solicitud y en los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del con-

trato de seguro que sean importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a LA COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Sin embargo en apego al Artículo 50 de la Ley sobre Contrato de Seguro donde se establece que: A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;
- II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
- III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
- IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
- V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

12. Derecho del Contratante a conocer la comisión o compensación que le corresponda al intermediario o persona moral

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

13. Comprobación del siniestro

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

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

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) Certificado de defunción
- d) Acta de defunción del asegurado
- e) Acta de nacimiento del asegurado
- f) Acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)
- g) Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- h) CopiadeidentificaciónoficialdelAseguradoyBeneficiarios
- i) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- j) En caso de muerte accidental, copias certificadas de las actuaciones del Ministerio Público completas.

MUERTE POR ACCIDENTE

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

Las indemnizaciones procedentes se pagarán de acuerdo a las condiciones generales y coberturas de la póliza a la fecha de ocurrencia del siniestro, las cuales, de acuerdo a lo dispuesto por la fracción VIII de la Disposición 4.8.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, se cubrirán dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente integrada..

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

COBERTURAS POR CANCER

Para que la Compañía pague la suma asegurada de la(s) cobertura(s) contratada(s), el Asegurado o sus Beneficiarios deberán presentar ante la Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieren atendido al Asegurado o miembro de la familia, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.

El cáncer debe ser diagnosticado por un médico anatómo patólogo, quien deberá ser una persona que cuente con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para diagnosticar las enfermedades que ampara el presente beneficio.

El Asegurado debe presentar todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para el Primer Diagnóstico o Fallecimiento de la enfermedad para solicitar el pago del beneficio estipulado.

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.

14. Liquidación

Al efectuarse la liquidación de este Contrato, la Compañía tendrá el derecho de reducir el monto de la Suma Asegurada según sea el caso, el importe de las Primas que se adeuden.

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 expedido a favor del o los beneficiarios designados.

15. Entrega de documentación contractual

La forma en que la aseguradora entregará la póliza, o cualquier otro documento que contenga derechos y obligaciones por las partes, derivados del contrato celebrado, será mediante alguna de las siguientes formas: A través de un agente de seguros, mensajería, impresión directa de la página de la compañía www.hirsegueros.mx o directamente en las instalaciones de la compañía ubicada en Río Marne No 24 Col. Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc. CP 06500, México DF.

El asegurado podrá solicitar la cancelación de la póliza o solicitar la no renovación de la misma mediante carta dirigida a quien corresponda directamente en las instalaciones de la compañía o en su caso carta vía correo tradicional o mensajería a la dirección siguiente Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940

En caso de siniestro deberá dirigirse al siguiente contacto:

DEPARTAMENTO DE PAGO A BENEFICIARIOS

Teléfonos

800 SEGUHIR (73 48 447)

del interior de la República

52 62 17 80 Ext.5356, 5357, 5358

del CDMX y área metropolitana

siniestrospersonas@hirsegueros.com.mx

16. 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. Funcionamiento de la Póliza

1. Descripción de la Coberturas

Cobertura Básica

Fallecimiento

- Una vez contratada dicha cobertura amparará el riesgo de fallecimiento del asegurado durante la vigencia de esta cobertura.
- Para los menores de 12 años, la suma asegurada corresponde a una cobertura de gastos funerarios con un máximo de 60 veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.
- Si el asegurado muere durante la vigencia del seguro, la compañía paga la suma asegurada contratada, a los beneficiarios designados de acuerdo con las condiciones generales de la póliza. Si el asegurado sobrevive al tér-

- mino del plazo del seguro, éste concluye sin obligación alguna por parte de la compañía con respecto al mismo.
- d) El seguro tiene plazo de un año o de plazos menores y es susceptible de renovaciones automáticas para el asegurado por periodos de igual o menor duración al originalmente contratado, siempre que la edad de aceptación del asegurado se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos y se satisfagan los requisitos de aceptación marcados por la compañía.
 - e) La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la suma asegurada de cualquier otra cobertura.
 - f) Para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada limitada a 60 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro, establecida en la carátula de la póliza.

Coberturas Opcionales

Las coberturas que se presentan a continuación serán otorgadas como coberturas opcionales, es decir, podrán ser otorgadas como Coberturas Adicionales ó como Coberturas Básicas.

Beneficio por Muerte Accidental (MA) (sólo si es contratada y está estipulada en la póliza)

- a) La Compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para este beneficio, 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. **Si el asegurado no muere como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la compañía.**
- b) Para los menores de 12 años, la suma asegurada corresponde a una cobertura de gastos funerarios con un máximo de 60 veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.
- c) La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la suma asegurada de cualquier cobertura adicional.

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en la persona del Asegurado.

- d) No se considera accidente a la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado Titular.
- e) El pago de la suma asegurada se realiza siempre y cuando el accidente cubierto ocurra dentro de la vigencia

de la póliza y la misma se haya encontrado en vigor durante la ocurrencia. En caso de que la temporalidad de la cobertura sea de un año y se hayan pactado pagos fraccionados, se descuenta de la liquidación que corresponda, la parte de la prima anual de esta cobertura que no haya sido pagada a la fecha de la muerte del asegurado ocurrida como consecuencia de un accidente.

Exclusiones

La cobertura de protección por Muerte Accidental no será pagada en los siguientes casos:

- 1. Lesiones sufridas cuando el Asegurado participe directamente en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección**
- 2. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- 3. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 4. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra 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 viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos**
- 5. Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo**
- 6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado 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.**
- 7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, casa, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte**

8. Radiaciones ionizantes

9. Lesiones sufridas estando el Asegurado bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del siniestro.

10. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.

11. Muerte que acontezca 90 días después de ocurrido el Accidente.

Para efectos de las coberturas de cáncer, se establecen las definiciones siguientes:

1. Cáncer

Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo tiene el crecimiento y la reproducción desordenada y sin control de células en algunos órganos determinados formando tumores. Estas células se pueden “sembrar” a distancia en ganglios linfáticos y / u otros órganos, conocido como “Metástasis”.

El crecimiento desordenado y sin control de algunas células de la sangre y que sean identificado por el nombre de Leucemias y Linfomas aunque no forman tumores se consideran Cáncer.

2. Metástasis

Es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis.

3. Cáncer ‘in situ’

El cáncer “in situ” es un crecimiento de células cancerosas localizado, que al momento de ser extirpado quirúrgicamente se quita todo y que en el estudio histopatológico se describe a la pieza quirúrgica con bordes libres de células tumorales y/o in situ.

4. Diagnóstico de Cáncer

Para efectos de este seguro se entenderá que el diagnóstico del cáncer deberá basarse por el estudio usando microscopio y clasificando las células observadas firmado por un médico certificado por el Consejo Mexicano de Patología.

5. Diagnóstico Clínico

Para efectos de este seguro se entenderá como diagnóstico clínico el informe preparado por el médico, basado en el historial clínico del paciente, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.

6. Primer Diagnóstico

Para efectos de este seguro se entenderá como primer diagnóstico, aquel diagnóstico clínico de cáncer que se haya dictaminado al Asegurado o alguno de sus dependientes para determinar por primera vez la existencia de cualquier tipo de cáncer, en cualquier parte del cuerpo.

7. Cáncer Preexistente

Se considerará preexistente el Cáncer:

- a) que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o
- b) diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
- c) por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y b) anteriores, será la existencia de un dictamen médico en el cual se haga constar que la enfermedad tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza.

8. Periodo de Espera

Tiempo establecido en la póliza, a partir de la contratación del seguro, durante el cual la Aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos

9. Tipos de Cáncer de mayor Incidencia

Para efectos de este contrato se entenderá por cáncer de mayor Incidencia:

- a) Cáncer cérvico-uterino: Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).
- b) Cáncer de mama: Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.
- c) Cáncer de ovarios: Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.
- d) Cáncer de próstata: Es la presencia de tumores compuestos por células malignas en glándula prostática.
- e) Cáncer de testículos: Es el crecimiento desordenado de células malignas que afectan el tejido testicular formando tumores.

Coberturas de Fallecimiento por Cáncer (Solo si es contratada y está estipulada en la póliza)

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de cualquier tipo de cáncer, excepto aquellos indicados más ade-

lante como EXCLUSIONES, dentro del período de cobertura, la Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) designado(s) la Suma Asegurada correspondiente que aparezca en la Carátula de la Póliza, dando por terminada la cobertura o el contrato con la Compañía cuando se trate del Asegurado.

EXCLUSIONES

Los tipos de cáncer excluidos para las dos coberturas descritas en los puntos anteriores, serán:

- **Cáncer In Situ**
- **Cáncer de piel**
- **Cáncer de tiroides**

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

Cobertura de Fallecimiento por Cáncer de Mayor Incidencia (Solo si es contratada y estipulada en la póliza)

Se podrán contratar la cobertura de fallecimiento en una modalidad específica para los tipos de Cáncer de mayor Incidencia; quedando cubiertos en este caso únicamente los siguientes tipos de Cáncer:

- a) **Cáncer cérvico-uterino:** Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).
- b) **Cáncer de mama:** Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.
- c) **Cáncer de ovarios:** Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.
- d) **Cáncer de próstata:** Es la presencia de tumores compuestos por células malignas en glándula prostática.
- e) **Cáncer de testículos:** Es el crecimiento desordenado de células malignas que afectan el tejido testicular formando tumores.

Para las coberturas de fallecimiento por cáncer, se puede manejar un periodo de espera de 0 hasta 3 meses contados a partir del día de contratación, éste se establecerá en base al tipo de mercado y canal de distribución.

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

Coberturas Adicionales

Las coberturas que a continuación se describen, podrán ser vendidas únicamente bajo la modalidad de coberturas adicionales.

Cobertura por Primer Diagnóstico de Cáncer (Solo si es contratada y está estipulada en la póliza)

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado o a cualquier miembro de la familia se le realiza un primer diagnóstico de cualquiera de los tipos de cáncer establecidos en este contrato, la Compañía le pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a. que al Asegurado se le diagnostique clínicamente cáncer durante la vigencia de la póliza.
- b. que la póliza se encuentre vigente
- c. que se realice la comprobación del diagnóstico de acuerdo a la cláusula correspondiente

Una vez que se ha presentado el primer diagnóstico sujeto de esta cobertura, y con independencia de que la Compañía quede obligada o no al pago de la indemnización correspondiente en los términos del presente contrato, esta cobertura quedará cancelada de forma definitiva para el Asegurado sin la posibilidad de reinstalarse en el año de vigencia en que ocurra el evento ni en las subsecuentes renovaciones.

El Primer Diagnóstico debe ser establecido por un médico anatómo patólogo, quien deberá ser una persona que cuente con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para diagnosticar las enfermedades que ampara el presente beneficio.

El Asegurado debe presentar todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para el Primer Diagnóstico de la enfermedad para solicitar el pago del beneficio estipulado.

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o al miembro de su familia al que se la haya diagnosticado el cáncer, que se someta a los exámenes y pruebas que considere necesarios con el fin de corroborar la procedencia del Primer Diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado o el miembro de su familia afectado se negaran injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de toda obligación o responsabilidad derivada de este beneficio.

EXCLUSIONES

Los tipos de cáncer excluidos para las dos coberturas descritas en los puntos anteriores, serán:

- **Cáncer In Situ**
- **Cáncer de piel**
- **Cáncer de tiroides**

Cobertura de Primer Diagnóstico por Cáncer de Mayor Incidencia (Solo si es contratada y estipulada en la póliza)

Se podrán contratar la cobertura de primer diagnóstico en una modalidad específica para los tipos de Cáncer de mayor Incidencia; quedando cubiertos en este caso únicamente los siguientes tipos de Cáncer.

- a) **Cáncer cérvico-uterino:** Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).
- b) **Cáncer de mama:** Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.
- c) **Cáncer de ovarios:** Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.
- d) **Cáncer de próstata:** Es la presencia de tumores compuestos por células malignas en glándula prostática.
- e) **Cáncer de testículos:** Es el crecimiento desordenado de células malignas que afectan el tejido testicular formando tumores.

Para las coberturas por cáncer, se puede manejar un periodo de espera de 0 hasta 3 meses contados a partir del día de contratación, éste se establecerá en base al tipo de mercado y canal de distribución.

EXCLUSIONES

Para las coberturas de Cáncer queda excluido lo siguiente:

- a) **Diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al cáncer.**
- b) **El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.**
- c) **Cáncer “in situ”.**
- d) **Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diag-**

nóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.

- e) **Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer no invasivo (quedan amparados los melanomas malignos).**
- f) **Cualquier tipo de cáncer en la tiroides.**
- g) **El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier síndrome o enfermedad similar. La presencia del virus del SIDA y cualquier otra enfermedad derivada del anterior, así como infecciones oportunistas y carcinoma. Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan, a neumosiastitis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica e infecciones diseminadas por hongos.**
- h) **El sarcoma de Kaposi y otros relacionados con la infección o derivados del virus VIH o SIDA.**
- i) **Cualquier condición médica preexistente de cáncer, entendiéndose por ésta, aquella que haya sido diagnosticada por un Médico previamente al inicio de vigencia.**
- j) **El cáncer del aparato respiratorio a consecuencia de tabaquismo durante el primer año de contratación de la póliza, una vez transcurrido este tiempo quedará amparado. Este período es aplicable únicamente el primer año en que se contrata la póliza.**

Comprobación de siniestro para las coberturas de cáncer

Para que la Compañía pague la suma asegurada de la(s) cobertura(s) contratada(s), el Asegurado o sus Beneficiarios deberán presentar ante la Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieren atendido al Asegurado o a su dependiente, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.

En el caso de la cobertura por Primer Diagnóstico, la Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado, que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se niegue a someterse a dichos exámenes y prue-

bas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad de pago de la indemnización convenida.

Este Beneficio se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en la renovación de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

Anticipo por Enfermedad Terminal (Solo si es contratada y está estipulada en la póliza)

a) Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico – curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 días.

b) Ampara el riesgo de fallecimiento del asegurado, de que padezca una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supere los 12 meses o de que padezca una enfermedad grave, durante la vigencia de esta cobertura.

c) El dictamen deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ó el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y podrá ser avalado por el médico dictaminador que La Compañía designe. En caso de que el médico dictaminador de La Compañía no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

e) En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

f) No se considerará como tratamientos médicos aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicos producidos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

g) **Exclusiones: El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en los siguientes casos:**

- **SIDA o presencia del virus del VIH**
- **Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo**
- **Enfermedades sufridas por riesgos nucleares**
- **Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza.**

h) Porcentaje para pago anticipado: El Asegurado podrá elegir en el momento de solicitarlo, el porcentaje que desee teniendo como máxima el 50% de la Suma Asegurada, siempre que este anticipo no sea superior a \$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

i) La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada que resulte de aplicar el porcentaje elegido por el Asegurado para este beneficio a la Suma Asegurada básica al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a La Compañía, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

j) Por las características de la Cobertura, ésta se otorga sin pago de Primas.

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.com> 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 del día 02 de Julio de 2015, con el número CNSF-S0091-0247-2015”.