



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

PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTES PERSONAL ESCOLAR

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

I. Definiciones	2
II. Descripción de coberturas	3
III. Cláusulas generales	6
IV. Legislación señalada en el contrato de seguro	14
V. Criterios fiscales	14

I. DEFINICIONES

1. Accidente

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

2. Asegurado

Cada uno de los miembros de la colectividad asegurada, que goza de las coberturas amparadas que se indican en la carátula de la póliza y/o el certificado.

3. Beneficiario

Persona física designada por el asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

4. Centro educativo

Escuela o Institución legalmente autorizados para impartir enseñanza o educación.

5. Colectividad asegurable

Conjunto formado por los alumnos o estudiantes, personal administrativo, personal docente y/o personal que tenga relación directa con el contratante 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 de la colectividad asegurada deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de asegurados.

6. Compañía

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

7. Contratante

Centro educativo con el que se celebra el contrato de seguro y es responsable ante la compañía de pagar la prima del seguro en su totalidad.

8. Deducible

Es el porcentaje o cantidad que en caso de siniestro queda a cargo del asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La compañía no efectuará reembolsos de gastos médicos con costo inferior al deducible.

9. 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.

10. Enfermedad COVID 19

La COVID 19 es una enfermedad infecciosa causada por un grupo de virus denominado coronavirus SARS-COV-2.

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).

El síndrome respiratorio de oriente medio (MERS, por sus siglas en inglés) es una enfermedad respiratoria grave que involucra principalmente al tracto respiratorio superior, causa fiebre, tos y dificultad para respirar.

El síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) es una enfermedad respiratoria contagiosa y a veces mortal.

11. Enfermedades respiratorias

Son enfermedades que afectan las vías respiratorias, incluidas las vías nasales, los bronquios y los pulmones.

Incluyen desde infecciones agudas como la neumonía y la bronquitis a enfermedades crónicas como el asma, las alergias respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad pulmonar de origen laboral, el síndrome de apnea del sueño, la hipertensión pulmonar y la rinitis alérgica o "fiebre del heno".

12. 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 hayan declarado la existencia de dichos padecimientos y/o enfermedades; 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.

13. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las condiciones generales del contrato y forman parte de este.

14. Extraprima

Cantidad adicional a la prima que el contratante del seguro se obliga a pagar a la Compañía para cubrir un riesgo agravado.

15. 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.

16. Hospitalización

Ingreso del asegurado en un hospital para su atención o tratamiento especializado hasta el momento en que se dictamine su egreso o su alta hospitalaria.

17. 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 24 horas a excepción del día en que el asegurado egresa del hospital por dictamen médico.

18. Monto de la indemnización diaria

Cantidad que se pagará por cada día en que el asegurado se encuentre hospitalizado a causa de la COVID 19.

19. Póliza

Documento emitido por la compañía donde se especifican los datos del contratante y las características del seguro contratado.

20. Prima

Contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del contratante.

21. Prima neta

Importe de la prima antes de considerar el derecho de póliza, recargos e Impuesto al Valor Agregado (IVA).

22. 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.

23. Práctica profesional

Proceso o entrenamiento mediante el cual se mejoran ciertas habilidades y conocimientos

24. Siniestro

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

25. Suma asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la compañía respecto de cada cobertura contratada.

II. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Las coberturas de este seguro corresponden al ciclo escolar del centro educativo. El ciclo escolar puede ser regular (10 meses), semestral, cuatrimestral, trimestral o cualquier otro que establezca el centro educativo siempre que esté permitido por la autoridad educativa. También se incluye un ciclo escolar anual, el cual se integra por el ciclo escolar regular y el curso de verano, siempre que el centro educativo sea el que desarrolle las actividades académicas y de naturaleza optativa para los miembros de la colectividad.

Se entiende por ciclo escolar, al período específico asignado (calendario escolar) por la autoridad educativa, para dar cumplimiento a las disposiciones que dicha autoridad señala para la aplicación y ejercicio de las actividades de enseñanza académica de acuerdo al nivel educativo de que se trate. Quedan excluidos los períodos de vacaciones oficiales y los días de descanso o feriados.

El accidente debe ocurrir durante:

- a) La realización de actividades escolares en las instalaciones del centro educativo y dentro del horario escolar registrado.
- b) La asistencia a cualquier evento organizado y supervisado por las autoridades del centro educativo.
- c) El viaje en conjunto directamente hacia o desde el lugar donde se realicen dichos eventos dentro de la República Mexicana, y se encuentre bajo la supervisión de la autoridad escolar.
- d) El viaje continuo e ininterrumpido del domicilio al centro educativo o viceversa.

1. Cobertura Básica

1.1. Muerte por accidente

La compañía pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del certificado, 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 a la fecha del siniestro.

1.2. Gastos funerarios

Esta cobertura opera como básica y aplica sólo para asegurados menores de 12 años de edad.

La Compañía pagará al tutor o representante legal, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del certificado, 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 a la fecha del siniestro. La suma máxima a contratar en esta cobertura será de sesenta (60) veces la Unidad de Medida de Actualización Mensual (UMA).

2. Coberturas adicionales opcionales

2.1. Pérdidas orgánicas por accidente

Esta cobertura operará siempre que en la carátula de la póliza y/o el certificado individual se indique que está contratada.

La compañía pagará al asegurado el monto que resulte de aplicar el porcentaje a la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas es la que resulta de aplicar a la suma asegurada contratada, el porcentaje indicado en la escala de indemnización A o B, según sea el caso.

Escala de indemnización A

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de suma asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio anular y meñique	5%

Escala de indemnización B

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

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

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

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

La cancelación automática de esta cobertura aplicará una vez que la suma de las indemnizaciones corresponda al 100% de la suma asegurada contratada.

2.2. Reembolso de Gastos Médicos por accidente

Esta cobertura operará siempre que en la carátula de la póliza y/o el certificado individual se indique que está contratada.

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. No se considera accidente el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio asegurado.

La compañía reembolsará, previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, el costo de las mencionadas asistencias hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que dichas asistencias inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la compañía.

Los gastos por aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase, así como tratamientos de ortodoncia, necesarios a causa del accidente, son reembolsados por la compañía hasta el 20% de la suma máxima y los gastos de ambulancia o de traslado del asegurado hasta el 10%.

Efectuada la indemnización aplicará la cancelación automática de esta cobertura.

EXCLUSIONES

Aplicables para las coberturas: muerte accidental, pérdidas orgánicas y reembolso de gastos médicos.

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

- Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos

- de guerra, rebelión, insurrección o revolución
- b. Lesiones a consecuencia de que el asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
 - c. Cualquier forma de navegación submarina.
 - d. Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
 - e. Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
 - f. Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes.
 - g. Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
 - h. Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa y su tratamiento.
 - i. Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
 - j. Accidentes que sufra el Asegurado por 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.
 - k. Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.
 - l. Gastos realizados por acompañantes del asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
 - m. Gastos no relacionados con el tratamiento médico, tales como pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos y dermocosméticos, medias, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, agua, ropa, cobijas o mantas, almohadas, cojines, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, revistas, servicio de fotocopiado, servicio de limpieza o lavandería, servicio de restaurante, y cafetería.
 - n. Que el asegurado sea piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - o. Que el Asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - p. Conducción de motocicletas o vehículos de motor

similares, ya sea como piloto o acompañante.

- q. Práctica profesional de cualquier deporte.
- r. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.
- s. Consecuencias que acontezcan noventa días después de ocurrido el accidente.

2.3. Indemnización por fallecimiento a causa de la COVID 19

Esta cobertura operará siempre que en la carátula de la póliza y/o el certificado individual se indique que está contratada.

Si durante la vigencia de la cobertura, el asegurado fallece por la enfermedad denominada COVID 19, la compañía pagará a los beneficiarios designados, el monto de la suma asegurada vigente al momento del fallecimiento.

El beneficio amparado aplicará una vez que transcurra un período de espera de 15 días. En cada renovación de la cobertura el período de espera será reinstalado.

Efectuada la indemnización aplicará la cancelación automática de esta cobertura.

EXCLUSIONES

No se cubrirá la indemnización por fallecimiento a causa de la COVID 19, cuando el fallecimiento sea consecuencia de:

- a. La enfermedad COVID 19 o a los síntomas relacionados con esta enfermedad, preexistentes a la fecha de contratación de la cobertura.
- b. Enfermedades respiratorias agudas preexistentes
- c. Enfermedades respiratorias crónicas preexistentes
- d. Enfermedades preexistentes como: hipertensión o presión arterial alta, diabetes, cáncer, obesidad, inmunodepresión, afecciones neurológicas, enfermedades hepáticas, fibrosis pulmonar, talasemia, cualquier tipo de enfermedad del corazón, enfermedad de los riñones.
- e. Cualquier enfermedad parecida en concepto o en síntomas a la COVID 19 sin que dicha enfermedad se haya declarado formalmente en el expediente clínico como COVID 19.

2.4. Indemnización diaria por hospitalización a causa de la COVID 19

Esta cobertura operará siempre que en la carátula de la póliza y/o el certificado individual se indique que está contratada.

Si durante la vigencia de la cobertura, el asegurado sufre la enfermedad COVID 19 y por dictamen médico, se interna en un hospital para recibir atención especializada, la compañía pagará al asegurado el monto de la indemnización diaria hasta por el número de días que

permanezca hospitalizado. El número de días máximo a indemnizar corresponderá a los días contratados de indemnización por hospitalización que se especifican en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

Si el asegurado, al hospitalizarse no consume el total de días contratados, tendrá derecho a utilizar los días de hospitalización que tenga pendientes, siempre que sea a causa de la enfermedad cubierta y que la hospitalización se dictamine dentro de la vigencia de la cobertura.

La indemnización se efectuará en una sola exhibición, y corresponderá a la suma de las indemnizaciones diarias relativas al número de días contratados.

Para el caso de los menores de 12 años, la indemnización se pagará al tutor o representante legal.

Para hacer uso del beneficio amparado, debe transcurrir un período de espera de 15 días. En cada renovación de la cobertura, el período de espera será reinstalado.

Efectuada la indemnización aplicará la cancelación automática de esta cobertura.

Pruebas

Para que la compañía indemnice al asegurado es necesario que a este se le haya dictaminado la hospitalización por veinticuatro horas o más a causa de la COVID 19, por un médico competente, especialista en la materia y autorizado legal y profesionalmente para tal efecto.

El asegurado deberá 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. Las pruebas que deben presentar el asegurado se indican en la cláusula "Integración del expediente de siniestro".

EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubrirá la indemnización diaria a causa de la COVID 19 cuando la hospitalización sea consecuencia de:

- a. La enfermedad preexistente COVID-19.**
- b. Internamientos ambulatorios e internamientos cuya duración sea menor a veinticuatro horas (24) horas.**
- c. Ingresos o internamientos no autorizados por un médico competente y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- d. Ingresos o internamientos ordenados por algún allegado al asegurado por consanguinidad o afinidad de cualquier grado.**
- e. Internamientos u hospitalizaciones con fines de investigación o experimentación cualquiera que sea el fin.**

- f. Cualquier enfermedad diferente a la COVID 19**
- g. Cualquier enfermedad parecida en concepto o en síntomas a la COVID 19, sin que dicha enfermedad se haya declarado formalmente en el expediente clínico como COVID 19.**
- h. Enfermedad del COVID-19 causada directamente por padecimientos inferidos intencionalmente por el propio asegurado.**
- i. Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad por COVID-19.**
- j. Enfermedades respiratorias agudas o crónicas preexistentes.**

III. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato de seguro

La póliza, las condiciones generales, la solicitud, los consentimientos, los 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 concordaren con la oferta, el asegurado puede pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al contratante.

2. Vigencia del contrato

La vigencia de este contrato de seguro principia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de póliza y/o certificado individual correspondiente.

3. Modificaciones del contrato

Las condiciones generales y los endosos de la póliza, solo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la compañía, y se harán constar mediante endosos o cláusulas particulares, previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que se anexarán a la póliza una vez realizada la modificación.

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.

4. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, de cualquiera de las partes, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago o, conforme al artículo 8 de la Ley Monetaria, cuando se pacte en moneda extranjera.

5. Prima

Es la obligación de pago del contratante y la prima

convenida deberá pagarse a la Compañía, a más tardar a su vencimiento, a través de los medios designados para tal efecto, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

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

La prima se obtiene de acuerdo a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El importe de la prima total se establece en la carátula de la póliza.

6. Pago de prima

El contratante puede pagar la prima anual de manera fraccionada durante el plazo de pago estipulado en la caratula de la póliza.

Si el contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración 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 pagarse a más tardar dentro del periodo de gracia establecido en este contrato, mediante pago referenciado a la cuenta de la compañía o bien, a través de pago directo en las oficinas de la compañía y/o las designadas para tal efecto, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

En tanto la compañía no entregue el recibo de pago de primas, el documento emitido por la institución financiera en dónde se realice el pago referenciado a la cuenta de la compañía será prueba plena del pago de esta.

7. Periodo de gracia

Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta (30) días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro del periodo de gracia a que se refiere esta cláusula, la compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida de la colectividad 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 del contrato de seguro.

8. 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 a un plazo igual al tiempo por transcurrir para el vencimiento del contrato.

9. Obligaciones del contratante

El contratante, durante la vigencia del contrato, tiene las siguientes obligaciones:

- a. Comunicar a la compañía los nuevos ingresos a la colectividad asegurada dentro de los treinta (30) días naturales siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos que deben contener el nombre del asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o regla para calcularla y la designación de beneficiarios como datos mínimos de información.
- b. Comunicar a la compañía de las separaciones definitivas de la colectividad asegurada dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a cada separación.
- c. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a algún cambio de las sumas aseguradas o alguna extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días naturales después del cambio y, las nuevas sumas aseguradas o extraprimas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. En caso de modificación, enviar a la compañía los nuevos consentimientos de los asegurados, si es que lo amerita.
- e. Tener a disposición de la compañía, los registros de cada uno de los asegurados amparados.

10. Asegurados y Movimientos

a. Registro de asegurados

La compañía formará un registro de asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:

- Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la colectividad;
- Suma asegurada o regla para determinarla;
- Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- Operación y plan de seguros de que se trate;
- Número de certificado individual, y
- Coberturas amparadas.

A solicitud del contratante, la compañía deberá entregarle copia de este registro.

b. Reporte de movimientos

El contratante debe reportar por escrito los movimientos de alta o baja de asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. Los movimientos quedan inscritos en el registro de asegurados y la compañía expide los certificados correspondientes.

c. Altas

Si el reporte es oportuno, la protección inicia desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la colectividad asegurada en los términos pactados y, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección queda condicionado a la aceptación por parte de la compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

d. Bajas

La baja de un asegurado es efectiva al momento en que ocurra el fallecimiento del asegurado o su separación de la colectividad asegurada. Las personas dadas de baja dejan de disfrutar los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la colectividad asegurada. La compañía devolverá al contratante la parte de la prima pagada correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la póliza o del periodo que cubre la prima pagada, lo que resulte menor. Si la baja es por separación de la colectividad asegurada y el contrato se haya celebrado para otorgar una prestación laboral, la compañía podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

e. Primas

En caso de alta o de baja de asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobra o devuelve al contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

f. Pagos Improcedentes

Cualquier pago que la compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la compañía.

11. Renovación

La compañía podrá renovar este contrato a solicitud del contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. En cada renovación se aplicará la prima de tarifa y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

12. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha en que cesaron sus efectos, siempre

que cumpla con lo siguiente:

- a. El contratante lo solicite por escrito a la compañía.
- b. Los integrantes del grupo asegurado cumplan con los requisitos de asegurabilidad y suscripción 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 en que cesaron los efectos del contrato hasta la fecha de rehabilitación.

El contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al contratante y/o asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

13. Ajuste de suma asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la compañía por su propio derecho o a solicitud del contratante, hace la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado. En uno y en otro caso debe ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

En caso de existir cambios en la regla para determinar la suma asegurada, los requisitos para tal efecto son:

- a. Que el contratante de aviso a la compañía dentro del término de quince (30) días de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sean necesarios para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las Sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto a partir de 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.

Cualquier cambio derivado en la regla para determinar la suma asegurada dará lugar al ajuste de la prima correspondiente.

14. Duración de las coberturas

Las coberturas contratadas terminan automáticamente respecto a cada uno de los asegurados, en cualquiera de los siguientes casos:

- a. Al momento de la renovación, siempre que el asegurado haya alcanzado la edad de cancelación según las coberturas contratadas.
- b. Ocurra el fallecimiento del asegurado conforme las

coberturas de fallecimiento contratadas en este plan.

- c. La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes sufridos por el asegurado durante la vigencia de la póliza, agoten las sumas aseguradas correspondientes.
- d. Se materialice la indemnización de la cobertura, según sea el caso.
- e. La póliza se cancele.

15. Terminación del contrato

El contrato puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 h. de la fecha correspondiente:

- a. Por cumplimiento de la vigencia que aparece en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones en las que fue contratado
- b. Por falta de pago de primas, conforme a lo que se establece en la cláusula "Periodo de gracia"
- c. Si los miembros de la colectividad asegurada pierden su calidad de colectividad asegurable, la compañía dará por cancelado el contrato mediante aviso con sesenta (60) días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo.
- d. A solicitud del contratante, quien 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.
- e. Para los casos mencionados en los incisos c y d, 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. La devolución de la prima se realizará a través de la forma que indique el contratante, dentro de los treinta días (30) naturales posteriores a la fecha de recepción del escrito de cancelación, en caso de que el contratante no indique la forma en que desea sea devuelta la prima, la compañía pondrá a disposición de éste un cheque nominativo a favor del contratante por la cantidad que corresponda.

16. Edad

La edad del asegurado será la que tenga en la fecha de alta al grupo asegurado.

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 la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- d. Si con posterioridad al fallecimiento del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. 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 establecidos en el contrato, éste 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.

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

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad de cancelación
Muerte por Accidente	12 años	70 años	71 años
Gastos Funerarios	30 días de nacido	11 años	12 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente	30 días de nacido	70 años	71 años
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	70 años	71 años
Indemnización por fallecimiento a causa de la COVID 19	12 años	70 años	71 años
Indemnización diaria por hospitalización a causa de la COVID 19	30 días de nacido	70 años	71 años

17. Sistema de administración

En caso de que la compañía y el contratante hayan convenido que la administración de la póliza la lleve a cabo este último, 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 seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y del citado reglamento.

18. Participación de dividendos

Este seguro no otorga participación de dividendos.

19. Identificación del cliente

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el contratante deberá proporcionar a la compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el contratante del seguro, asume en este acto la obligación de integrar, conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los clientes y/o asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, a disposición de la compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

20. Cambio de riesgo

Este seguro se ofrece con base a lo declarado en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, 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, se ajustará la prima correspondiente.

21. Agravación del riesgo

El asegurado deberá comunicar a la compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía en lo sucesivo.

Conforme al párrafo anterior, se presumirá siempre:

- a. Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la compañía habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiere conocido una agravación análoga
- b. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquiera otra persona que, con el consentimiento del asegurado habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

La compañía no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no

tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

La compañía estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que, por su naturaleza, debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo y en este caso la compañía deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.

La compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de la compañía quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata en el párrafo anterior.

También se considerará agravación del riesgo, si el contratante, el asegurado y/o los beneficiarios en cualquier momento se ven o estén relacionados en actividades y/o operaciones ilícitas o bien relacionados en operaciones con recursos de procedencia ilícita. En estos casos también cesarán las obligaciones de la compañía en términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sus disposiciones generales y todo lo que se dicte en resoluciones o sentencias definitivas.

22. Cambio de contratante

Cuando el contrato se celebre para otorgar una prestación laboral a favor de la colectividad asegurable, cuando exista cambio de contratante, la compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la colectividad, dentro de los treinta días (30) naturales siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento del cambio.

Sus obligaciones terminarán treinta días (30) naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo contratante. En cualquier caso, la compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados del contrato.

23. Beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la compañía para cada una de

las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la compañía, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

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.

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 póliza y/o certificado.

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiera nueva designación.

A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar 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.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada”.

24. Interés moratorio

En caso de que 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 cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio determinado de acuerdo con lo que establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

25. 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 realizar al contratante, asegurados o beneficiarios se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la compañía, notificaciones que surtirán plenamente todos sus efectos.

26. 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 dos (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.

27. Omisiones o declaraciones inexactas

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

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

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

28. 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 asegurados para la apreciación del riesgo. Esta misma regla aplicará en caso de incluir alguna

cobertura adicional. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al grupo asegurado que sean dados de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del 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 al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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.

29. 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 solo 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 Especializada de la Compañía (UNE).

30. 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 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.

31. Pago de reclamaciones

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

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

Además de las formas de declaración que la compañía proporcione al reclamante, éste presenta a su costa todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella:

comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.

La compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación. La obstaculización por parte del contratante, del asegurado o de los beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la compañía de cualquier obligación.

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

La compañía paga al asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

32. Entrega de contrato

Es obligación de la Compañía entregar al contratante y/o al asegurado toda la documentación que contenga los derechos y obligaciones de las partes con motivo del contrato, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al de la contratación, a través del medio elegido por el contratante y/o asegurado, sin que ello obste para que el contratante y/o asegurado pueda descargar o consultar las condiciones generales en el portal de internet: <https://hirseguros.mx/>

Las alternativas de entrega son las siguientes:

1. De manera personal a través del agente de seguros.
2. Por correo certificado al domicilio proporcionado por el contratante y/o asegurado.
3. Vía correo electrónico, a la dirección de email proporcionada por el contratante y/o asegurado.

En caso de que el contratante y/o asegurado no reciba la documentación contractual en el plazo señalado o requiera un duplicado o cualquier modificación a la misma deberá llamar al 55-5262-1780 o al 800-734-8447 (interior de la República) y la compañía dará un número de folio con el cual el contratante y/o asegurado podrá dar seguimiento a su trámite hasta su conclusión, la documentación deberá ser entregada por la compañía dentro de los 30 días hábiles siguientes a dicha solicitud.

En cada caso, la compañía dejará constancia de la entrega de información al contratante y/o asegurado.

33. Liquidación

La compañía pagará, cuando así proceda, el monto de la suma asegurada dentro de los 30 (treinta) días después de la fecha en que ésta haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, de conformidad con lo estipulado en la cláusula "Integración del expediente del siniestro".

El pago se realizará a través de cheque mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o

mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario proporcione por escrito.

34. Integración del expediente de siniestro

Se indican los documentos que deberán presentarse para la solicitud de pago, de acuerdo al tipo de cobertura.

En aquellos casos en que con los documentos entregados no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, la compañía se reserva el derecho a solicitar al asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro. Lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el contrato de seguro.

La recepción de la documentación presentada por parte de la compañía, no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

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

Fallecimiento

- a. Formato de reclamación, proporcionado por la compañía.
- b. Certificado individual, si lo tuviese.
- c. Copia certificada del acta de defunción emitida por el registro civil.
- d. Resultado de la prueba por COVID 19 (prueba molecular PCR) o la que sea autorizada por la Secretaría de Salud. Este resultado será necesario para cuando se trate de fallecimiento por la COVID 19.
- e. Copia de comprobante de domicilio actualizado del reclamante, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- f. Copia certificada del acta de matrimonio (en caso de que el cónyuge sea beneficiario).
- g. Copia de identificación oficial vigente del asegurado, en caso de contar con ella, y de cada uno de los Beneficiarios (cédula profesional, IFE, INE, Pasaporte).
- h. Juicio de sucesión testamentaria a bienes (del asegurado), en caso de no haber designado beneficiarios. En caso de beneficiarios menores de edad, carta del padre o tutor solicitando el pago, juicio de tutoría (de no tener tutor), o juicio de interdicción (para beneficiarios designados incapaces).
- i. Copias certificadas de las actuaciones del ministerio público completas (en caso de muerte accidental).

Pérdidas orgánicas

- a. Formato de reclamación, proporcionado por la compañía.
- b. Certificado individual, si lo tuviese.
- c. Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE, Pasaporte).
- d. Copia de comprobante de domicilio actual, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al

señalado en la identificación oficial).

- e. Original del dictamen de pérdidas de miembros u orgánicas, emitido por el IMSS, ISSSTE, SSA o por cualquier institución médica legalmente autorizada para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.
- f. Historia clínica o informe médico detallado y emitido por cada médico tratante que acrediten la pérdida orgánica.
- g. Estudios de laboratorio o gabinete realizados.
- h. En caso de que pérdida orgánica sea a consecuencia de un accidente, copia certificada de la carpeta de investigación del ministerio público.

Reembolso de gastos médicos

- a. Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía.
- b. Certificado individual, si lo tuviese.
- c. Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE, Pasaporte).
- d. Copia de comprobante de domicilio actual, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- e. Facturas originales que acrediten el gasto médico.

Hospitalización diaria a causa de la COVID 19

- a. Formato de reclamación, proporcionado por la compañía.
- b. Certificado individual, si lo tuviese.
- c. Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE, pasaporte).
- d. Copia de comprobante de domicilio actual, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- e. Resultado de la prueba por COVID 19 (Prueba Molecular PCR) o la que sea autorizada por la Secretaría de Salud.
- f. Historia clínica o informe del médico tratante.
- g. Factura por los días de hospitalización a nombre del asegurado con requisitos fiscales vigentes. En caso de los menores de edad o personas con discapacidad, la factura deberá estar a nombre del tutor legal.

En aquellos casos en que con los documentos entregados no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, la compañía se reserva el derecho a solicitar al asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro. Lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el contrato de Seguro.

La recepción de la documentación presentada por parte de la compañía, no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta póliza de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 800-SEGUIR (800-734-8447), en horarios 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 al teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página "<http://www.condusef.gob.mx>"

IV.LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Los artículos citados en las presentes condiciones generales, pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/64.pdf>

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

<https://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>

V. CRITERIOS FISCALES

Al ocurrir los eventos amparados se aplicarán los criterios fiscales según corresponda a la cobertura reclamada y conforme a lo indicado en la Ley del Impuesto Sobre la Renta y al Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta vigente al momento de la reclamación.

**“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 de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de abril de 2021, con el número PPAQ-S0091-0044-2020“.
/CONDUSEF 004651-03”**