



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.hirseguros.mx

Seguro de Grupo de Deudores Ahorradores con Participación de Utilidades en Experiencia Propia

Mayo 2011

CONDICIONES GENERALES

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-000558-03, otorgado por la comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

ÍNDICE

A) Definiciones

1. Compañía	2	24. Comunicaciones	8
2. Póliza	2	25. Competencia	9
3. Contrato	2	26. Obligaciones del Contratante	9
4. Certificado Individual	2	27. Alta de Asegurados	9
5. Endoso	2	28. Baja de Asegurados	10
6. Carátula de la Póliza	2	29. Participación de las Utilidades	10
7. Contratante	2	30. Cambio de Contratante	10
8. Grupo Asegurable	2	31. Beneficiarios	11
9. Grupo Asegurado	2	32. Edad	11
10. Vigencia	2	33. Pago de la Suma Asegurada	11
11. Inicio de la Cobertura	2	34. Trámite para Reclamación	12
12. Asegurado	2	35. Consideraciones para las Reclamaciones	12
13. Deudor	2	36. Pagos Improcedentes	12
14. Ahorrador	2	37. Sistema de Administración	12
15. Portafolio	2	38. Formas de Liquidación	12
16. Subgrupo	2	39. Suicidio	12
17. Beneficiario	2	40. Notificación de Comisiones	12
18. Detalle de Coberturas	2	41. Interés Moratorio	12
19. Suma Asegurada	2	42. Preceptos Legales	14
20. Suma Asegurada Máxima	3		
21. Suma Asegurada Sin Examen Médico	3		
22. Primas	3		
23. Prima Neta	3		
24. Periodo de Gracia	3		
25. Siniestro	3		
26. Accidente	3		
27. Invalidez Total y Permanente	3		
28. Preexistente	3		

B) Cláusulas Generales

1. Contrato	3		
2. Conformación del Grupo Asegurado	4		
3. Determinación de la Suma Asegurada	4		
4. Modificaciones	4		
5. Temporalidad	4		
6. Solicitud	4		
7. Consentimientos Individuales	4		
8. Póliza	5		
9. Registro de Asegurados	5		
10. Certificados Individuales	5		
11. Omisiones o Declaraciones Inexactas	6		
12. Carencia de Restricciones	6		
13. Vigencia del Contrato	6		
14. Terminación del Contrato	6		
15. Prima	6		
16. Pago de Prima	7		
17. Periodo de Gracia	7		
18. Cálculo y Ajuste de la Prima	7		
19. Renovación	7		
20. Rehabilitación	7		
21. Moneda	8		
22. Disputabilidad	8		
23. Prescripción	8		

C) Cobertura de Muerte o Invalidez Total y Permanente

1. Muerte	14		
a) Pago de Suma Asegurada	14		
b) Procedimiento para la Reclamación por Siniestros Originados por Fallecimiento del Asegurado	15		
c) Sugerencias y Observaciones del Trámite de Reclamación por Siniestros Originados por Fallecimiento del Asegurado	15		
2. Invalidez Total y Permanente	15		
a) Pago de Suma Asegurada	15		
b) Edades De Aceptación	15		
c) Cancelación Automática	15		
e) Arbitraje	15		
f) Exclusiones de Invalidez Total y Permanente	15		
g) Preexistente	15		
h) Procedimiento para la Reclamación por Siniestros Originados por Incapacidad Total y Permanente	16		

D) Cobertura Adicional Conyugal

1. Eventualidad Cubierta por la Cobertura Adicional Conyugal	16		
2. Suma Asegurada de la Cobertura Adicional Conyugal	16		
3. Fallecimiento Simultáneo	16		
4. Altas	16		
5. Bajas	16		
6. Edades de Aceptación para la Cobertura Adicional Conyugal	16		
7. Procedimiento para la Reclamación por Siniestros Originados por la Cobertura Adicional Conyugal	16		

A) Definiciones

Para efectos de este Contrato se entenderá por:

1. Compañía

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

2. Póliza

Documento Contractual que describe las condiciones bajo las que se asegura al grupo Asegurado y es entregado al Contratante.

3. Contrato

El Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía, el cual comprende: la Póliza (carátula y condiciones generales), la Solicitud y consentimientos para ser asegurado, los cuestionarios médicos, el registro de asegurados o relación de deudores asegurados, los certificados individuales, los endosos y los recibos de primas, los cuales serán prueba de la existencia de dicho contrato.

4. Certificado Individual

Documento expedido para cada uno de los integrantes del grupo Asegurado, que contiene la descripción de las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la póliza. Este documento será entregado al contratante quien será el responsable de hacerlo llegar a cada uno de los integrantes, debiendo acreditar ante la Compañía dicha entrega durante los diez días siguientes a la recepción del mismo.

5. Endoso

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

6. Carátula de la Póliza

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

7. Contratante

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

8. Grupo Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

9. Grupo Asegurado

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

10. Vigencia

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

11. Inicio de la Cobertura

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

12. Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que gozará del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza, en su calidad de deudor o ahorrador.

13. Deudor

Persona registrada ante el Contratante y que ha adquirido una deuda ante él.

14. Ahorrador

Persona registrada ante el Contratante cuyas aportaciones mensuales forman un fondo común, a fin de obtener un bien o servicio por parte del contratante.

15. Portafolio

Conjunto de pólizas que comparten la misma experiencia de siniestralidad y se emiten en condiciones y coberturas iguales o similares.

16. Subgrupo

División del grupo Asegurado en el mismo número de categorías que impliquen diferentes tipos de deudores definidos por el Contratante.

17. Beneficiario

Para este producto se designará como beneficiario irrevocable al Contratante

18. Detalle de Coberturas

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

19. Suma Asegurada

Cantidad que la Compañía pagará al beneficiario irrevocable, en el supuesto de que se verifique un siniestro durante la vigencia de la póliza y se presente toda la documentación que acredite que dicho siniestro ocurrió de conformidad con las condiciones vigentes en la fecha del mismo, la cual se establece específicamente dentro del certificado individual que al efecto se emita.

Para el caso de deudores, la Suma Asegurada corresponde al saldo insoluto del contrato celebrado entre el asegurado y el contratante. Para el caso de ahorradores, la Suma Asegurada es la que resulte de multiplicar el número de

mensualidades pendientes de aportar por la cuota mensual vigente al momento de ocurrir el siniestro, incluyendo los gastos de administración e impuestos, y al resultado obtenido se le adiciona la cuota de adjudicación.

20. Suma Asegurada Máxima

Cantidad total que la Compañía se obliga a pagar en caso de un siniestro ocurrido a una persona, cuyo saldo insoluto o ahorrador pendiente de cubrir en uno o varios contratos, sea mayor a la cantidad especificada en la carátula.

21. Suma Asegurada Sin Examen Médico

Es la Suma Asegurada Máxima por persona dentro del portafolio que la Compañía se obliga a aceptar sin que esta presente pruebas médicas de asegurabilidad.

22. Primas

La prima total del grupo Asegurado es el equivalente a la suma de primas que corresponden a cada Asegurado, atendiendo a su edad, ocupación y suma asegurada de la cobertura por fallecimiento y las Coberturas Adicionales contratadas en la fecha de inicio de cada periodo del seguro.

23. Prima Neta

Importe de la Prima antes del Derecho de Póliza y Recargo.

24. Periodo de Gracia

Plazo que la Compañía concede al Contratante para el pago de la Prima o de su primera fracción, en caso de pago en parcialidades.

25. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato amparada por cualquiera de las coberturas contratadas.

26. Accidente

Se entenderá por Accidente aquél acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado mientras se encuentre vigente la Cobertura. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

27. Invalidez Total y Permanente

Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o padezca una enfermedad que lo imposibilite para desarrollar el trabajo remunerado que desempeñe al momento de sufrir el siniestro acorde con sus conocimientos, aptitudes y posición so-

cial; siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a tres meses.

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

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

28. Preexistente

Aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se cuenta con cualquiera de las pruebas que se señalan a continuación:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de algún diagnóstico.
- b) 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 resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia de la póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

B) Cláusulas Generales

1. Contrato

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan

al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Conformación del Grupo Asegurado

A la fecha de emisión, el grupo asegurado debe estar constituida por al menos el 35 % (treinta y cinco por ciento) del grupo asegurable y con el número mínimo de asegurados indicado en la carátula de la póliza. Para el caso en que participe el 100 % (cien por ciento) de los integrantes asegurables, el número mínimo para constituir el grupo asegurado será el indicado en la carátula de la póliza. En el supuesto que durante la vigencia de la Póliza se pierdan las características del grupo asegurado, la Póliza continuará en vigor hasta el término de la vigencia pudiéndose renovar si se vuelve a cumplir con ellas.

3. Determinación de la Suma Asegurada

a) Deudores

Para deudores, la Suma Asegurada para cada integrante se determina de acuerdo con el saldo deudor a la fecha del siniestro que tenía como obligación para ser liquidado al Contratante.

Los asegurados que superen la suma asegurada sin examen médico, quedan limitados a esta cantidad y el contratante puede solicitar ampliar la suma asegurada presentando las pruebas de asegurabilidad que la Compañía le indique para valorar la aceptación del monto excedente y en caso de ser aceptado, la Compañía expedirá las condiciones y el costo requerido para su cobertura.

El contratante tiene la obligación de declarar a la Compañía los asegurados que por sus características cuenten con más de una suma asegurada, es decir, que cuenten con más de un crédito, en cuyo caso se acumularán las sumas aseguradas.

Si la suma asegurada acumulada supera la suma asegurada sin examen médico, se solicitarán las pruebas médicas necesarias para la valoración del monto excedente. En los casos no declarados, sólo se cubre el crédito hasta el monto de la Suma Asegurada sin Examen Médico.

b) Ahorradores

Para ahorradores, la Suma Asegurada es la que resulte de multiplicar el número de mensualidades pendientes de aportar por la cuota mensual vigente al momento de ocurrir el siniestro, incluyendo los gastos de administración e impuestos, y al resultado obtenido se le adiciona la cuota de adjudicación, incluyendo el monto total del financiamiento contratado.

4. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hará constar mediante Endosos o Cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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.

5. Temporalidad

El plan se comercializará como un Seguro Temporal a 1 año o por periodos menores con renovación automática.

6. Solicitud

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

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

7. Consentimientos Individuales

La Compañía debe contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del grupo, previo a su incorporación a dicho grupo, antes de la celebración del contrato.

El consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:

- a) Nombre completo
- b) Edad o fecha de nacimiento
- c) Sexo
- d) Ocupación

- e) Fecha de ingreso al grupo
- f) Sumas aseguradas o reglas para determinarlas.
- g) Designación de beneficiario y si ésta se realiza en forma irrevocable

8. Póliza

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

- a) Nombres, domicilios de los Contratantes y firma de la Compañía.
- b) Designación de las personas aseguradas.
- c) Coberturas y naturaleza de los riesgos cubiertos.
- d) Para las coberturas de invalidez total y permanente, periodo de espera.
- e) Para la cobertura de exención de pago de primas, duración del beneficio.
- f) Para la cobertura de desempleo involuntario, deducible y número máximo de pagos
- g) Edades de admisión de las coberturas.
- h) Momento a partir del cual se cubren los riesgos y la duración de esta cobertura.
- i) Prima de tarifa o regla para determinarla para cada integrante del grupo, y participación con la que, en su caso, contribuye al pago de la prima.
- j) Prima del seguro.
- k) Nombre completo y fecha de nacimiento de las personas sobre quienes recae el seguro.
- l) Acontecimiento o término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas
- m) Características del grupo asegurado.
- n) Sumas aseguradas para los integrantes del grupo o reglas para determinarlas.
- o) Suma asegurada máxima individual sin requisitos médicos.
- p) Mecanismo que la Compañía emplea para el pago de dividendos al Contratante y/o a los asegurados del grupo
- q) Sistema de administración del seguro.
- r) Transcripción del texto aplicable de los Artículos 17 a 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, publicado el 20 de julio de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.
- s) Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los Contratantes.

9. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de asegurados, el cual debe contar con la siguiente información: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo; sumas aseguradas o regla para determinarlas;

fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguros de que se trata; número de certificado individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entrega copia de este registro.

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

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

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

10. Certificados Individuales

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

- a) Los certificados individuales deben contener la información que se indica a continuación:
 - i. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
 - ii. Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
 - iii. Operación de seguro, número de póliza y número de certificado individual.
 - iv. Nombre del Contratante.
 - v. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
 - vi. Fecha de vigencia de la póliza y del certificado individual.
 - vii. Suma asegurada o regla para determinarla de cada cobertura.
 - viii. Nombre del beneficiario de carácter irrevocable en la designación
 - ix. Transcripción de las cláusulas Alta de Asegurados, Baja de Asegurados y Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral, de estas condiciones generales.
- b) La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar

los certificados individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

- i. Proporcionando al Contratante los certificados individuales para su entrega a los asegurados.
- ii. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en el inciso a) de esta cláusula.

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

11. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados, están obligadas a declarar por escrito a la Compañía de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de su ingreso al grupo asegurado. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

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

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

Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

12. Carencia de Restricciones

Este contrato no podrá ser afectado por razones de cambio de residencia, viajes, ocupación o género de vida de los Asegurados.

13. Vigencia del Contrato

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

14. Terminación del Contrato

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

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones
- b) A falta de pago de primas, la vigencia del Contrato finaliza el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato
- c) El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, los cuales, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

15. Prima

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

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

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

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

16. Pago de Prima

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

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento, en las oficinas de la Compañía y/o las designadas para tal efecto, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago, según la tarifa de primas que se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

17. Periodo de Gracia

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la primera fracción de prima no pagada o de la fecha de vencimiento de los recibos subsecuentes al primer pago (esto es, los recibos fraccionados no cuentan con período de espera).

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

18. Cálculo y Ajuste de la Prima

La Prima total inicial del Grupo será la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo, de acuerdo con su edad, ocupación y Suma Asegurada, o por quinquenios o por promedio global, dependiendo de las características de cada grupo, y de la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada periodo de seguro que más se ajuste a sus necesidades y conveniencia.

La Prima cubre el período correspondiente al plazo del plan elegido y será pagadera instantáneamente. 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, siempre y cuando el procedimiento esté apegado a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Cuando los Asegurados se separen del Grupo Asegurado, se devolverá la Prima No Devengada descontando de ella los gastos ocasionados por la adquisición del contrato previa solicitud escrita del Contratante, calculada esta prima desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima de acuerdo a su periodicidad de pago.

19. Renovación

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

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

20. Rehabilitación

En caso de que la Póliza hubiera sido cancelada por falta de pago de prima, el Contratante podrá rehabilitar con el consentimiento de la Compañía, si:

- a) Los integrantes interesados en continuar con la póliza cumplen con las características definidas en esta Póliza como grupo Asegurado.

-
- b) El Contratante solicita por escrito a la Compañía la rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de cancelación del Contrato.
- c) El Contratante liquida la prima correspondiente al periodo de gracia que quedó descubierto antes de la cancelación.

La vigencia de la Póliza se reanuda a partir de la fecha en que se cumplan los incisos anteriores, quedando al descubierto el periodo comprendido entre la fecha de cancelación, la cual es el fin de vigencia del periodo de gracia, y la fecha de rehabilitación que es la fecha en que se cumplió con ambos incisos.

21. Moneda

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

22. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de un año, que se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

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

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

quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

23. Prescripción

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

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

24. Comunicaciones

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

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

La Compañía se obliga a notificar al asegurado y/o a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses, pudiendo ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante el importe del saldo insoluto o suma asegurada, de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

El asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía para que ésta, llegando el caso, le notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

En caso de que la dirección de la aseguradora llegara a ser diferente de la establecida en la presente póliza, la Compañía comunicará a los asegurados su nueva dirección, a fin de que sea en ésta en la cual se entreguen todas las informaciones y avisos que le sean dirigidos.

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día cuatro de abril del dos mil trece, el Asegurado y/o el Contratante deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de integrar, conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte del grupo de que se trate, a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

25. 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, y 277 de la Ley de instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 5 ó 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, según corresponda, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se 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.

26. Obligaciones del Contratante

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

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiario Irrevocable como datos mínimos de información.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d) En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.
- e) Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

27. Alta de Asegurados

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

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

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

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

28. Baja de Asegurados

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

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

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

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía:

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

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

29. Participación de las Utilidades

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

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

netas de riesgo para efecto del cálculo de dividendos, se determina con base en el procedimiento establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

- e) Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tienen derecho a recibir los dividendos generados de manera proporcional a las aportaciones realizadas.
- f) La determinación de dividendos a otorgar se realiza al finalizar la vigencia de la póliza.
- g) Sólo pueden pagarse dividendos calculados conforme a lo establecido en los incisos anteriores.
- h) Los dividendos no pueden ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No pueden pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entiende por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas con vigencia menor a un año, no se otorgan dividendos.
- i) Si con posterioridad al pago de dividendos y por tanto al término de vigencia de la póliza, se presentan reclamaciones de siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, el Contratante está obligado a devolver la cantidad correspondiente a dichos siniestros hasta un máximo del importe de los dividendos cobrados. El derecho de la Compañía a compensar siniestros ocurridos contra dividendos cobrados, se mantiene durante cinco años para el caso de las coberturas del riesgo de fallecimiento y dos años para las demás coberturas, ambos periodos contados a partir del término de vigencia de la póliza para el cual fueron calculados dichos dividendos.
- j) Los dividendos pueden ser pagados en efectivo o a cuenta del pago de la prima de la vigencia posterior. Si el Contratante no elige alguna de estas opciones, la cual queda indicada en la carátula de la póliza, se aplica la segunda de ellas.

30. Cambio de Contratante

Cuando exista un cambio de contratante, la Compañía se encuentra facultada para rescindir el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio, continuando con sus obligaciones solamente por un periodo de 30 días posteriores a la notificación de rescisión al nuevo contratante.

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

31. Beneficiarios

Para este producto, todo integrante del grupo tendrá designado como beneficiario irrevocable al Contratante.

32. Edad

Para los casos de tarificación por edad individual, la edad del Asegurado será la que tenga en su cumpleaños inmediato anterior a la fecha de iniciación de la vigencia del Contrato de Seguro o a la de sus renovaciones. En caso de Altas, la que corresponda al cumpleaños inmediato anterior a su fecha de ingreso al Grupo Asegurado.

Para los casos de tarificación por quinquenios o promedios globales, se utilizará la edad promedio del quinquenio o grupo global para cada nuevo integrante, siempre que la suya no rebase por más de 10 años a la edad considerada para el promedio. En tales casos, se le tarificará de acuerdo a su edad alcanzada, como en el esquema de tarificación individual.

La edad de los integrantes del Grupo Asegurado, debe comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a la Compañía, ésta lo anotará en el Certificado o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

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

- a) Si la edad declarada resultase inferior a la 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, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad. Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.
- b) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la

edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía 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.

- c) En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de su ingreso al Grupo Asegurado estaba fuera de los límites de admisión fijados en la Carátula de la Póliza, el Contrato 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 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 de 12 a 80 años cumplidos, cancelándose el seguro o certificado correspondiente en la renovación de la póliza en la que la edad del asegurado sea 81 años.

El rango de admisión y cancelación para este Seguro en la Cobertura de Invalidez Total y Permanente y de Exención de Pago de Primas por Invalidez es de 15 a 64 años. El seguro o certificado correspondiente se cancela en la renovación de la Póliza en la que la edad del Asegurado sea 65 años

33. Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará la Suma Asegurada que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación. Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la Carátula de la Póliza. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

34. Trámite para Reclamación

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de la declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación, de que el mismo ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado y del derecho de quienes solicitan el pago, mismas que se enlistan en el apartado Instructivo Para el Trámite de Siniestros. El costo de la obtención de documentos oficiales correrá por cuenta del Beneficiario.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

35. Consideraciones para las Reclamaciones

Los asegurados o sus causahabientes tienen derecho, en caso de que se actualice el siniestro cuya cobertura se encuentre amparada por la presente póliza, a reclamar a la Compañía el pago al beneficiario preferente, del importe de la suma asegurada más sus accesorios amparados por el seguro.

36. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por la Compañía por cualquier causa, obliga al Contratante a reintegrar el importe correspondiente a la Compañía.

37. Sistema de Administración

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

38. Formas de Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la Carátula de la Póliza, de acuerdo con lo siguiente:

a) Pago Único. La Compañía paga la Suma Asegurada en una sola exhibición.

39. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del Seguro del expresado integrante. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía.

40. Notificación de Comisiones

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

41. Interés Moratorio

Si la Compañía no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los Artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dicen:

“ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este Artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este Artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este Artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- Los intereses moratorios a que se refiere este Artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este Artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este Artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este Artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este Artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este Artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este Artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este Artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII.- La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente Artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este Artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente Artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX.- Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones

por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el Artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho Artículo.

42. 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.

C) Cobertura de Muerte o Invalidez Total y Permanente

1. Muerte

a) Pago de Suma Asegurada

Si durante el plazo del seguro y estando al corriente en el pago de primas de la póliza y el certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará al beneficiario designado la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada por el contratante y conforme a las condiciones generales de la póliza.

En caso de que el beneficiario resulte implicado legalmente, sea procesado y se le declare culpable por el fallecimiento del Asegurado, su parte correspondiente será pagada a la sucesión legal del Asegurado.

b) Procedimiento para la Reclamación por Siniestros Originados por Fallecimiento del Asegurado

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, el Contratante debe recabar la documentación que le sea solicitada conforme al formato de Instructivo para el trámite de Reclamaciones, el cual previa solicitud, le será entregado al Contratante por la Compañía.

Una vez presentada la documentación completa, el Contratante y el Asegurado otorgan poder bastante para que

toda instancia pública a privada proporcione a la Compañía cualquier información relacionada con el siniestro en caso de que la aseguradora así lo requiera para la correcta valoración del caso.

c) Sugerencias y Observaciones del Trámite de Reclamación por Siniestros Originados por Fallecimiento del Asegurado

Si durante el plazo del seguro y estando al corriente en el pago de primas de la póliza y el certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará al beneficiario designado la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada por el contratante y conforme a las condiciones generales de la póliza.

2. Invalidez Total y Permanente

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

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

- i. La vista en ambos ojos de manera irreparable y absoluta
- ii. Ambas manos
- iii. Ambos pies
- iv. Una mano y de un pie
- v. Una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida:

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

a) Pago de Suma Asegurada

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente mientras esta Póliza y el certificado se encuentran en vigor, la Compañía conviene en pagar al propio Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura calculada en la fecha en que le fue dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente.

El pago al que se refiere el párrafo anterior se realizará una vez transcurrido el periodo de espera citado en la definición

de Invalidez Total y Permanente, en el supuesto que este proceda. Con la aceptación del Pago, el Asegurado será dado de baja de la Póliza del Grupo Asegurado.

b) Edades De Aceptación

Las edades de aceptación para esta Cobertura Adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente son de 18 a 64 años.

c) Cancelación Automática

La vigencia de esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años, sin que ello implique la cancelación de la cobertura por fallecimiento.

d) Aceptación del Dictamen

El Asegurado deberá presentar a la Compañía, pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente, pudiendo presentar al efecto dictamen del IMSS, ISSSTE o de cualquier otra instancia médica, sin embargo, la Compañía se reserva el derecho a verificar dichos dictámenes y a designar a un médico especialista en la materia para que corrobore dicho estado de invalidez total y permanente.

e) Arbitraje

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y la Compañía, para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

f) Exclusiones de Invalidez Total y Permanente

Esta Cobertura no tendrá efecto cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

i. Lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

- ii. Infecciones que no provengan de lesiones accidentales.**
- iii. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- iv. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.**
- v. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- vi. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña aún cuando haya sido el provocador.**
- vii. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, quedando cubierto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre puertos establecidos.**
- viii. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que el asegurado participe directamente.**
- ix. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- x. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, uso de parapente o vuelo delta.**
- xi. Radiaciones atómicas.**
- xii. Accidentes que ocurran cuando exista culpa grave del propio asegurado.**
- xiii. Enfermedades y padecimientos preexistentes.**

g) Preexistente

Aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se cuenta con cualquiera de las pruebas que se señalan a continuación:

- i. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante**

- pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de algún diagnóstico.
- ii. 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 resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
 - iii. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

h) Procedimiento para la Reclamación por Siniestros Originados por Incapacidad Total y Permanente

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, el Contratante debe recabar la documentación que le sea solicitada conforme al formato de Instructivo para el Trámite de Reclamaciones, el cual, previa solicitud, le será entregado al Contratante por la Compañía.

Una vez presentada la documentación completa, el Contratante y el Asegurado otorgan poder bastante para que toda instancia pública a privada proporcione a la Compañía cualquier información relacionada con el siniestro en caso de que la aseguradora así lo requiera para la correcta valoración del caso.

D) Cobertura Adicional Conyugal

Para el caso de Créditos, donde manejan coacreditados, cotitulares o mancomunados, se puede otorgar la Cobertura Adicional Conyugal.

1. Eventualidad Cubierta por la Cobertura Adicional Conyugal

Si el Cónyuge del Asegurado fallece o se invalida total y permanentemente durante la vigencia de la Póliza y del Certificado, la Compañía pagará el saldo insoluto del crédito o monto total del financiamiento al Beneficiario Irrevocable operando inmediatamente la cancelación del certificado individual.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 24 de Mayo de 2011, con el número CNSF-S0091-1120-2010/ CONDUSEF-000558-03”.

2. Suma Asegurada de la Cobertura Adicional Conyugal

La Suma Asegurada por la muerte o invalidez total y permanente del Cónyuge se define con base en la regla estipulada para esta cobertura.

3. Fallecimiento Simultáneo

Si el Asegurado y el Cónyuge mueren al mismo tiempo o no hay forma de tener el dato exacto de quien falleció primero, se considerará que el Asegurado murió primero por lo cual, esta cobertura quedará sin efecto.

4. Altas

Se dará de alta en esta Cobertura a la persona que contraiga matrimonio civil con el Asegurado, o bien que se encuentre en unión libre siempre y cuando tenga hijos, que tenga contratada la Cobertura Adicional Conyugal y que se encuentre vigente la póliza.

5. Bajas

Se dará de baja al Cónyuge desde el momento en que el asegurado haya enviudado, haya disuelto legalmente el vínculo matrimonial o cuyo Asegurado se haya dado de baja de la póliza por cualquier causa.

6. Edades de Aceptación para la Cobertura Adicional Conyugal

Las edades de aceptación del cónyuge son de 18 a 60 años sin límite en las renovaciones posteriores.

7. Procedimiento para la Reclamación por Siniestros Originados por la Cobertura Adicional Conyugal

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, el Contratante debe recabar la documentación que le sea solicitada conforme al formato de “Instructivo para el Trámite de Reclamaciones”, el cual, previa solicitud, le será entregado al Contratante por la Compañía.

Una vez presentada la documentación completa, el Contratante y el Asegurado otorgan poder bastante para que toda instancia pública a privada proporcione a la Compañía cualquier información relacionada con el siniestro en caso de que la aseguradora así lo requiera para la correcta valoración del caso.