



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 Individual con Ahorro a Tarifa Única HIR

Mayo 2013

CONDICIONES GENERALES

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001948-02, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

ÍNDICE

I. Condiciones Generales

1. Compañía	3
2. Contrato de Seguro	3
3. Vigencia del Contrato	3
4. Modificaciones al Contrato	3
5. Contratante	3
6. Asegurado	3
7. Beneficiarios	3
7.1 Beneficiario Irrevocable	3
7.2 Falta de Designación	3
8. Primas	3
9. Fondo de Ahorro	3
10. Fondo Acumulado/ Reserva Técnica	4
11. Pago de Primas	4
12. Renovación Automática	4
13. Moneda	4
14. Edades de Aceptación	4
15. Rehabilitación	5
16. Interés Moratorio	5
17. Competencia	6
18. Comunicaciones	6
19. Indisputabilidad	7
20. Suicidio	7
21. Prescripción	7
22. Identificación del Cliente	7
23. Derecho del Contratante a conocer la comisión o compensación que le corresponda al intermedia- rio o persona moral	7
24. Comprobación del siniestro	7
25. Liquidación	8
26. Entrega de documentación contractual	8
27. Preceptos Legales	8

II. Funcionamiento de la Póliza

1. Descripción de la Cobertura Básica	8
Cobertura por Fallecimiento	8
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal	8
Exclusiones	9
2. Fondo	9
3. Estado de Cuenta	9

III. Beneficios Adicionales

Beneficio por Muerte Accidental (MA)	9
Exclusiones	10

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Exclusiones	11
-------------------	----

Coberturas por Cáncer

(Sólo si son contratadas)

1. Cáncer	12
2. Metástasis	12
3. Cáncer ‘in situ’	12
4. Diagnóstico de Cáncer	12
5. Diagnóstico Clínico	12
6. Primer Diagnóstico	12
7. Cáncer Preexistente	12
8. Tipos de Cáncer de mayor Incidencia	12
Cobertura de Fallecimiento por Cáncer	13
Cobertura por Primer Diagnóstico	13
Cobertura por Cáncer de Mayor Incidencia ..	13
Exclusiones	13
Comprobación	14

I. Condiciones Generales

1. Compañía

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

2. Contrato de Seguro

Esta Póliza, las Cláusulas, Endosos que se agreguen y la Solicitud, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

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

3. Vigencia del Contrato

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

4. Modificaciones al Contrato

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

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

5. Contratante

Es aquella persona que solicitó la celebración del Contrato y que se compromete a realizar el pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la póliza se estipulan.

6. Asegurado

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

7. Beneficiarios

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

7.1 Beneficiario Irrevocable

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

7.2 Falta de Designación

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.

Advertencia

El Asegurado en caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Cobertura contratada.

8. Primas

Las primas básicas son el punto de partida del diseño del plan, en cuanto a la suma asegurada contratada y su periodicidad. El importe de la prima básica se establece en la carátula de la póliza.

Si el Contratante y/o Asegurado desea realizar aportaciones adicionales a estas primas, tales aportaciones se destinan a incrementar el Fondo señalado en el número en la cláusula siguiente.

9. Fondo de Ahorro

Lo constituye las primas adicionales a la prima básica que el Contratante pague a la Compañía. La Compañía

ñía cobra mensualmente el 0.2 % sobre el valor total del Fondo por los servicios que proporciona por la administración del mismo.

Si el Contratante y/o Asegurado deja(n) de pagar una prima o una de sus fracciones, la Compañía, dentro del período de espera, descuenta del fondo acumulado el importe de dicha prima o fracción. Este procedimiento se repite mientras exista saldo en el fondo a favor del Asegurado o el Contratante cancele la póliza.

En caso de que el Fondo sea insuficiente para el pago completo que sea necesario realizar, y no se reciba el pago de la prima o fracción de ésta, la póliza continua en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir.

10. Fondo Acumulado/ Reserva Técnica

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

11. Pago de Primas

El importe de la Prima Básica vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede pagar la Prima anual de manera fraccionada durante los plazos de pago estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el Contratante y La Compañía en la fecha de la celebración del contrato.

Conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante dispondrá de un plazo de 30 días naturales, posteriores al vencimiento, para pagar la prima o fracción de ésta

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

- a) Descuento por nómina, haciéndose del conocimiento de la empresa para la cual labore el Contratante y solicitando la aplicación de los descuentos correspondientes.

El Contratante tendrá la obligación de verificar que el descuento se encuentre incluido en sus recibos de pago, en caso de que no aparezca deberá hacer el pago de la Prima directamente en el domicilio de La Compañía.

- b) Pago bancario referenciado a la cuenta que La Compañía le indique al Contratante, si éste lo solicita como medio de pago.

- c) Pago directo, en el domicilio de La Compañía, contra recibo que ésta última expida.

En caso de que la empresa para la que preste sus servicios el Contratante, por cualquier causa, no realice los descuentos en la nómina del Contratante para el pago de las Primas y/o éste no efectúe el pago directamente a La Compañía, ésta procederá a:

- a) Utilizar el importe existente en el Fondo Acumulado para abonarlo al pago de la fracción de la prima que corresponda.
- b) En caso de que dicho fondo sea insuficiente y transcurridos 30 días naturales sin que se reciba el pago de la prima o fracción de ella, la Compañía procederá a cancelar la póliza en términos del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

12. Renovación Automática

En caso de no recibir la solicitud de cancelación de la póliza, la compañía renovará automáticamente el seguro, de tal manera que se iniciará un nuevo periodo de cobertura básica y beneficios adicionales inicialmente contratados, en el caso del Fondo Acumulado, éste continua constituyéndose de la misma manera a la del periodo inicial, hasta que por alguna causa el contrato se dé por terminado y el saldo de dicho fondo se agote o sea reclamado

13. Moneda

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

14. Edades de Aceptación

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

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

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro son de 12 a 59 años cumplidos en el caso del titular y cónyuge y de 12 a 24 en caso de los hijos, cancelándose el seguro en la renovación de la póliza en la que la edad del asegurado sea: 65 años en el caso del titular y cónyuge, y de 25 en el caso de los hijos.

Cuando se compruebe que la edad se encuentra fuera de los límites de admisión registrados por la Compañía, el Contrato quedará rescindido automáticamente y la Compañía devolverá el saldo existente en el Fondo Acumulado.

15. Rehabilitación

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

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

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

16. 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.

17. 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 Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les 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.

18. Comunicaciones

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

Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quiera hacer a la Compañía relacionada con el presente Contrato, deberá efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio

de dicha Compañía en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma le avise posteriormente por escrito.

19. Indisputabilidad.

Este contrato será indisputable por cuanto a la rescisión a que se refiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado, entendiéndose por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisiones, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

Asimismo, no serán disputables por cuanto a la rescisión a que se refiere el párrafo anterior, después de dos años a partir de la fecha de su inicio de vigencia, los incrementos de Suma Asegurada o la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional no estipulados en el contrato original, por omisiones o inexactas declaraciones contenidos en los documentos que formen parte de la póliza y que hayan servido de base para el otorgamiento de los mismos.

20. Suicidio

La Compañía estará obligada al pago de la Suma Asegurada, en caso de suicidio del Asegurado, si éste ocurre después de dos años de estar en vigor este contrato o su última rehabilitación, en el caso de que ocurra dentro de los dos primeros años, la obligación de La Compañía se limitará a cubrir el importe del Fondo Acumulado.

21. Prescripción

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

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

22. 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, Asegurado y Beneficiarios deberá proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

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

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

24. Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO

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

INVALIDEZ/ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL/CÁNCER (Primer diagnóstico)

- a) Formato de reclamación
- b) Póliza original, si la tuviera
- c) Último recibo de pago de primas o recibo de nómina donde conste el descuento por pago de primas.
- d) Acta de nacimiento del asegurado
- e) Copia de identificación oficial del Asegurado
- f) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

- g) Original del dictamen de Invalidez total y permanente o diagnóstico de la enfermedad terminal o cáncer según corresponda.
- h) Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

La Compañía se reserva el derecho a solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

25. Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la póliza, en una sola exhibición, mediante cheque nominativo expedido a favor del o los beneficiarios designados.

26. Entrega de documentación contractual

La forma en que la aseguradora entregará la póliza, certificado, individual, o cualquier otro documento que contenga derechos y obligaciones por las partes, derivados del contrato celebrado, será mediante alguna de las siguientes formas: A través de un agente de seguros, mensajería, impresión directa de la página de la compañía www.hirsegueros.mx o directamente en las instalaciones de la compañía ubicada en Insurgentes Sur No 617 Col. Nápoles, Benito Juárez, CP 03810, Ciudad de México.

El asegurado podrá solicitar la cancelación de la póliza o solicitar la no renovación de la misma mediante carta dirigida a quien corresponda directamente en las instalaciones de la compañía o en su caso carta vía correo tradicional o mensajería a la dirección siguiente Insurgentes Sur No 617 Col. Nápoles, Alcaldía Benito Juárez, CP 03810, Ciudad de México.

En caso de siniestro deberá dirigirse al siguiente contacto:

Departamento de pago a beneficiarios

Teléfonos

800 SEGUHIR (73 48 447)

del interior de la República

52 62 17 80 Ext.5356, 5357, 5358

del CDMX y área metropolitana

atencion.siniestros@hirsegueros.com.mx

27. 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.

II. Funcionamiento de la Póliza

1. Descripción de la Cobertura Básica

Cobertura por Fallecimiento

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece dentro del plazo del seguro. Si el Asegurado Titular sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para La Compañía.

Adicionalmente le ofrece la posibilidad de constituir un ahorro a través de aportaciones adicionales, dando tranquilidad por contar con un respaldo económico para diversas eventualidades que puedan afectar su economía. En caso de siniestro el importe del Fondo Acumulado se pagará a los beneficiarios designados.

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada que resulte de descontar a la suma asegurada básica el 50% (cincuenta por ciento) siempre que éste no sea superior a \$200,000.00 (doscientos mil pesos 00/100 M.N.), al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a La Compañía, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

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

Para determinar el estado terminal del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS) o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad correspondiente.

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

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

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

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

EXCLUSIONES

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

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

2. Fondo

Debido a que este es un plan flexible, el monto adicional a la prima de riesgo, en caso de existir, se destinará para constituir un fondo de ahorro, por lo que el reconocimiento para la generación de dicho fondo y todos los efectos legales que este producto conllevan, es en el momento en que la prima o aportación adicional se encuentre ingresada en la compañía.

La Compañía podrá invertir las aportaciones recibidas por parte del Contratante, de conformidad a las Reglas para la Inversión de la Reserva Técnica de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en vigor, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en diferentes fondos de inversión de renta fija emitidos por Instituciones de Crédito o por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad y con la liquidez necesaria para cubrir las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con las condiciones establecidas para tal efecto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

El Contratante puede, una vez por año durante los primeros tres años de vigencia, hacer un retiro parcial de su Fondo Acumulado hasta por el 50% de dicho Fondo, después del tercer año de vigencia ininterrumpida del contrato de seguro, el Contratante podrá hacer un retiro de hasta el 100% del Fondo que tenga a esa fecha.

El monto del retiro se deduce del fondo constituido.

3. Estado de Cuenta

La Compañía enviará al Contratante, por lo menos una vez al año, un estado de cuenta en el que se muestran los movimientos realizados en su fondo. Además, se pueden enviar estados de cuenta a solicitud expresa por parte del Contratante.

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

III. Beneficios Adicionales

Beneficio por Muerte Accidental (MA)

(Sólo si es contratada)

La Compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para este beneficio, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Se entenderá por accidente el acontecimiento prove-

niente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en la persona del Asegurado.

No se considera accidente a la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado Titular.

EXCLUSIONES

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

1. Lesiones sufridas cuando el Asegurado participe directamente en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección
2. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
3. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
4. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos
5. Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo
6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motos y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, casa, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte
8. Radiaciones ionizantes
9. Lesiones sufridas estando el Asegurado

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

10. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
11. Muerte que acontezca 90 días después de ocurrido el Accidente.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (sólo si es contratada)

Este beneficio proporciona al Asegurado en una sola exhibición, el pago de la suma asegurada contratada, si durante la vigencia del seguro se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que la invalidez sea total y permanente.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

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

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

También se consideran estados de invalidez o incapacidad total y permanente, sin que opere el período de espera de 6 meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano y de un pie

Para efectos de esta cobertura 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.

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

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

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

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

EXCLUSIONES

Este Beneficio no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado**
- c) Lesiones sufridas cuando el Asegurado**

participe directamente en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección

- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos**
- g) Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, casa, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte**
- j) Radiaciones ionizantes**
- k) Lesiones sufridas estando el Asegurado bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del siniestro.**
- l) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso

Se ampara las siguientes actividades median-

te convenio expreso y señaladas en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente bajo el cobro de la prima correspondiente:

- a) Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado como conductor o competidor en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura**
- c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charre-ría, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**

Este Beneficio se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en la renovación de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

COBERTURAS POR CÁNCER

(Sólo si son contratadas)

PARA EFECTOS DE ESTAS COBERTURAS, SE ESTABLECEN LAS DEFINICIONES SIGUIENTES:

1. Cáncer

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

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

2. Metástasis

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

3. Cáncer ‘in situ’

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

4. Diagnóstico de Cáncer

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

5. Diagnóstico Clínico

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

6. Primer Diagnóstico

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

7. Cáncer Preexistente

Se considerará preexistente el Cáncer:

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

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

8. Tipos de Cáncer de mayor Incidencia

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

- a) Cáncer cérvico-uterino: Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).
- b) Cáncer de mama: Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células

malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.

- c) Cáncer de ovarios: Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.
- d) Cáncer de próstata: Es la presencia de tumores compuestos por células malignas en glándula prostática.
- e) Cáncer de testículos: Es el crecimiento desordenado de células malignas que afectan el tejido testicular formando tumores.

Cobertura de Fallecimiento por Cáncer

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento del Asegurado, así como de los derechos del reclamante, siempre y cuando el fallecimiento sea causa directa de cáncer o sus complicaciones, y la póliza se encuentre vigente.

Cobertura por Primer Diagnóstico

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

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

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

Cobertura por Cáncer de Mayor Incidencia

Cualquiera de las dos coberturas antes descritas, es decir, Fallecimiento o Primer Diagnóstico de Cáncer, podrán contratarse en una modalidad específica para los tipos de Cáncer de mayor Incidencia; quedando cubiertos en este caso únicamente los tipos de Cáncer establecidos en el numeral 8 de la sección de Definiciones en esta cobertura.

EXCLUSIONES

Queda excluido de ambas coberturas, lo siguiente:

- a) Diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al cáncer.
- b) El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.
- c) Cáncer “in situ”.
- d) Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.
- e) Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer no invasivo (quedan amparados los melanomas malignos).
- f) Cualquier tipo de cáncer en la tiroides.
- g) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier síndrome o enfermedad similar. La presencia del virus del SIDA y cualquier otra enfermedad derivada del anterior, así como infecciones oportunistas y carcinoma. Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan, a neumosistitis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica e infecciones diseminadas por hongos.
- h) El sarcoma de Kaposi y otros relacionados con la infección o derivados del virus VIH o SIDA.
- i) Cualquier condición médica preexistente de cáncer, entendiéndose por ésta, aquella que haya sido diagnosticada por un Médico previamente al inicio de vigencia.
- j) El cáncer del aparato respiratorio a consecuencia de tabaquismo durante el primer año de contratación de la póliza, una vez transcurrido este tiempo quedará amparado. Este período es aplicable únicamente el primer año en que se contrata la póliza.

Comprobación

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

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

Este Beneficio se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en la renovación de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

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, 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 13 de Mayo de 2013, con el número CNSF-S0091-0063-2013”.



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

CLÁUSULA CONTRATACIÓN DEL SEGURO A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El solicitante de conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y, en concordancia con la Circular Única de Seguros y Fianzas, podrán hacer uso de aquellos equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología; sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones ya sean privadas o públicos en lo sucesivo “medios electrónicos” que la compañía ponga a su disposición para la contratación de este producto, operaciones relacionadas o cualquiera servicio relativo a éste, conforme a lo siguiente:

Se podrán efectuar solo a través de los medios electrónicos de la compañía o en los sitios de los intermediarios que la compañía autorice bajo las bases que se establezcan en el contrato que en su momento celebren ambas partes.

Los términos y condiciones de uso de medios electrónicos se podrán consultar en la página de la compañía www.hirseguros.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 de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 6 de septiembre de 2022, con el número CGEN-S0091-0172-2022“. CONDUSEF G-01457-001