



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

CONDICIONES GENERALES

I. DEFINICIONES

1. Compañía

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

2. Contrato de seguro

Esta póliza, las cláusulas, endosos que se agreguen, la solicitud, el registro de asegurados y los certificados individuales, constituyen testimonio del contrato de seguros celebrado entre el asegurado y la compañía.

3. Vigencia del contrato

El presente contrato entrará en vigor desde la fecha en que el asegurado tuviera conocimiento de que la compañía lo haya aceptado.

La vigencia de esta póliza principia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

4. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del contrato para una tercera persona y que, además, se compromete a realizar el pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la póliza se estipulan.

5. Asegurado

La persona física designada en la carátula de la póliza.

6. Beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo, notificándolo por escrito en la compañía para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto, deberá hacerse por escrito ante la compañía, de lo contrario, esta pagará sin responsabilidad alguna a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

6.1. 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 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios, fallece alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del asegurado.

6.2. Falta de designación

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado si este 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 a la de los demás.

Advertencia

El asegurado, en caso de 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.

7. Modificaciones al contrato

Las condiciones generales de la póliza y sus endosos respectivos, solo podrán modificarse previo acuerdo entre el asegurado y la compañía y se harán constar mediante endosos o cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

8. Pago de primas

Por tratarse de un plan universal, el seguro está en vigor mientras exista pago de primas o dinero en el fondo acumulado.

Las primas básicas son el punto de partida del diseño del plan. En cuanto a la suma asegurada contratada y su periodicidad, son la base sobre la cual se calcula la tarifa por millar de suma asegurada para cada edad de contratación.

Si el asegurado desea realizar aportaciones adicionales a estas primas, tales aportaciones se destinan a incrementar el fondo.

Los pagos de primas deben ser hechos en las oficinas de la compañía a cambio del recibo correspondiente.

9. Pago automático de primas

Si el asegurado deja de pagar la prima o una de sus fracciones, la compañía descuenta el importe de dicha prima o fracción del fondo acumulado. Este procedimiento se repite mientras exista dinero suficiente en el fondo acumulado a favor del asegurado.

10. Vencimiento del pago

La prima o cada una de sus fracciones, vencerán al inicio de cada periodo pactado.

11. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el asegurado podrá solicitar rehabilitarlo en cualquier momento dentro de los dos años posteriores a la fecha de cancelación, siempre que se 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 periodo 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.

12. Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este contrato y del respectivo certificado individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la compañía será el importe del fondo acumulado.

13. Interés moratorio

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación asumida en la presente póliza, deberá pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo previsto por el artículo 135 BIS de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

14. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante al Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia compañía 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior, dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF o de que esta 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 ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

15. Comunicaciones

La compañía enviará al asegurado toda la 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 basta para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que 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.

16. Carencia de restricciones

El presente contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o género de vida del asegurado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula de disputabilidad del presente contrato.

17. Disputabilidad

Este contrato dentro del primer año de vigencia continua, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el asegurado para la apreciación del riesgo.

18. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años 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 solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicio Financieros.

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

Durante la vigencia de la póliza, el asegurado 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.

II. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Descripción de la cobertura básica

Este seguro cubre el fallecimiento del asegurado y, adicionalmente, le ofrece la posibilidad de constituir un ahorro a través de aportaciones adicionales, dándole tranquilidad por contar con un respaldo económico para diversas eventualidades que puedan afectar su economía.

2. Suma asegurada

En caso de fallecimiento, del asegurado dentro de la

vigencia de la póliza y el certificado individual correspondiente, la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento, la de la cobertura de últimos gastos y el monto existente en el fondo en la fecha de la muerte, en caso de haberse constituido este último a través de aportaciones adicionales, serán pagados al (los) beneficiario(s) designado(s). Una vez que se presente toda la documentación que acredite que dicho evento haya ocurrido de conformidad con las condiciones vigentes en la póliza.

3. Fondo acumulado

Todas las aportaciones que el asegurado realice por concepto de primas básicas y adicionales, se destinan al fondo deduciendo las primas por fallecimiento y coberturas adicionales que se hayan contratado. El fondo acumulado es la reserva matemática.

La compañía podrá invertir las aportaciones recibidas por parte del asegurado, 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 General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza, el asegurado tiene derecho a solicitar el retiro total o parcial del fondo acumulado.

Por su parte, la compañía tiene derecho a compensar contra este fondo cualquier adeudo que tenga el asegurado en favor de la misma por causa de las condiciones y obligaciones del contrato.

4. Terminación del contrato

La póliza terminará sin obligación alguna para la compañía, con el pago que proceda por fallecimiento del asegurado, liquidación del fondo o por falta de pago de primas.

5. Temporalidad del producto

El Seguro Individual con Ahorro, es un seguro temporal a un año con renovación automática. Adicionalmente, constituye un fondo de ahorro que se va acumulando con la renovación de la póliza.

6. Renovación automática

En caso de no recibir la solicitud de cancelación de la póliza y/o del certificado individual, la compañía renovará automáticamente el seguro, de tal manera que se iniciará un nuevo periodo de cobertura básica y coberturas adicionales inicialmente contratadas, operando con las condiciones estipuladas desde el momento de contratación del seguro. En el caso del fondo acumulado, este 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.

7. Moneda

Todos los pagos por parte del asegurado o la compañía se verifican en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente.

8. Edades de aceptación

Para efectos de este seguro, se considera como edad del asegurado los años cumplidos que tengan 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 para este seguro, son de 12 a 80 años cumplido. El seguro se cancela en la renovación de la póliza en la que la edad del asegurado sea de 81 años.

Cuando se compruebe que la edad se encuentra:

a) Dentro de los límites de admisión registrados por la compañía:

a.1) Si en vida del asegurado, la edad al expedirse la póliza es

i. Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del contrato.

ii. Menor que la declarada: la suma asegurada no se modificará y la compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria por la edad real del asegurado en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

a.2) Si después del fallecimiento del asegurado se descubre que la edad declarada por el asegurado en la solicitud es diferente a la real: la compañía pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

b) Fuera de los límites de admisión registrados por la compañía: el contrato quedará rescindido automáticamente y la compañía devolverá en caso de que hubiera y corresponda a la presente póliza o al certificado individual, el pago de la reserva matemática.

9. Descuentos

a) **Mujer.** La tarifa aplicable a personas del sexo femenino

equivale a la del sexo masculino, descontando tres años a la edad de la asegurada, para efectos de la determinación de la prima básica.

- b) No fumador.** Si el asegurado ha sido calificado como no fumador, como resultado de las declaraciones establecidas por el asegurado en la solicitud correspondiente, la tarifa gozará de los beneficios que ampara la póliza, descontando dos años a la edad del asegurado para efectos de la determinación de la prima básica por el tiempo que establece la póliza y mientras persistan las condiciones declaradas por el asegurado en la solicitud respectiva. En caso de presentarse cambios en dichas condiciones dentro de los primeros dos años contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de su rehabilitación, el asegurador deberá comunicarlo por escrito a la compañía, a más tardar en el siguiente aniversario de la póliza. Transcurridos esos dos años, la póliza será indisputable.

La compañía dispondrá de treinta días a partir de la fecha en que se reciba la comunicación a que se hizo mención anteriormente, para resolver si se mantendrá en vigor. De no recibirse comunicación a ese respecto por parte del asegurado, se asumirá que las condiciones establecidas en la solicitud persisten.

10. Reservas técnicas

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

11. Costo del seguro

Al momento de recibir la prima total, se deduce la prima básica que corresponda y el remanente se envía la fondo para su inversión.

12. Cargo al fondo

La compañía cobra un costo sobre el total del fondo por los servicios que proporciona por la administración del mismo. El importe de dicho costo se muestra en la carátula de la póliza.

13. Valor en efectivo

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza y el certificado individual respectivo, el valor en efectivo es igual al monto existente en el fondo acumulado.

14. Valor de rescate

El asegurado puede rescatar su seguro recibiendo el importe del fondo acumulado y se cancela la póliza de manera definitiva.

15. Retiros

Durante la vigencia de la póliza, el asegurado puede, en el momento en que así lo desee, hacer retiros parciales de su fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deduce del

fondo constituido. El asegurado puede hacer diversos retiros al año de acuerdo con las políticas vigentes de la compañía, que se darán a conocer a través de la página de los estados de cuenta que se envíen al asegurado, directamente en la compañía o en la página web de la misma.

16. Formas opcionales de liquidación

La compañía liquidará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier cantidad que resulte pagadera de acuerdo con los términos establecidos en la póliza, mediante alguna de las siguientes opciones:

- a) Pago único:** la compañía paga la suma asegurada o el fondo acumulado en una sola exhibición.
- b) Fideicomisos:** el asegurado puede contratar un fideicomiso para que la suma asegurada o el fondo acumulado sea pagado de acuerdo con lo que se especifique en los contratos de fideicomiso de la compañía.
- c) Otra:** todo monto pagadero bajo la póliza puede ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación establecida en la carátula de la póliza y/o certificado individual al momento de la contratación del seguro.

Cualquiera que sea la opción de liquidación que elija el asegurado al momento de la contratación, podrá ser cambiada mediante notificación por escrito a la compañía, siempre y cuando la compañía no haya realizado pago alguno.

17. Estado de cuenta

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

El asegurado dispone 45 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. COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura por invalidez total y permanente (solo si es contratada)

Esta cobertura proporciona al asegurado en una sola exhibición el pago de la suma asegurada contratada. Si, durante la vigencia del seguro y, de acuerdo con las definiciones señaladas en las condiciones generales, se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que la invalidez sea total y permanente.

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

Con el pago de la suma asegurada se cancela la cobertura

de manera definitiva para el asegurado.

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 al cincuenta por ciento de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez o incapacidad total y permanente, se requiere que la enfermedad o las consecuencias del accidente, no sean susceptibles de ser corregidos utilizando los conocimientos médicos existentes y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

También se consideran estados de invalidez o incapacidad total y permanente, sin que espere el periodo de espera de seis 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 ambos pies.
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo.
- La pérdida de una mano y un pie.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

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

Pruebas

El asegurado deberá presentar a la compañía pruebas de su invalidez y de que esta 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 una persona que corrobore dicho estado de invalidez total y permanente. Dicha designación recaerá en el médico que, para tal efecto, señale la compañía.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para casa asegurado sin necesidad de declaración expresa de la compañía, en la renovación de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 66 años.

Prima

La compañía concede esta cobertura con la obligación de pago de la prima adicional correspondiente.

Exclusiones

Esta cobertura no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) 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 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 él haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje 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, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- j) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas que se hubieran manifestado antes del inicio de la vigencia del contrato del seguro, que fuera diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos, no pudieran pasar desapercibidas.
- k) Radioaciones ionizantes.
- l) Lesiones sufridas estando 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.
- m) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se derivan de un accidente.

Cobertura por muerte accidental (MA) (Solo si es contratada)

La compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura. Si el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrida durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90

días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual se encuentre en vigor al momento del accidente.

Para los efectos de estas coberturas, se entenderá por accidente colectivo lo siguiente:

- El accidente que tuviera el asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre y, dicho vehículo, sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público con boleto pagado sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular o
- El accidente que tuviera el asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares o
- El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el asegurado se encontrara al momento de iniciar el incendio.

Para que la compañía se encuentre en posibilidades de resolver lo conducente para la aplicación de esta cobertura, se requerirá que se le acredite la ocurrencia del accidente con alguna de las características señaladas.

Cobertura por pérdida de miembros (Escala A) (PMA) (Solo si es contratada)

La compañía pagará al asegurado el porcentaje que corresponda a la suma asegurada contratada para esta cobertura. Si el asegurado sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual se encuentre en vigor al momento del siniestro. La indemnización que se otorgará por las pérdidas orgánicas será la que resulte de acuerdo con la siguiente escala que se muestra a continuación:

Escala A

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

Para efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

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

En ningún caso, la suma asegurado pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100% de la suma asegurada contratada por esta cobertura.

Cobertura por pérdida de miembros (Escala B) (PMB) (Solo si es contratada)

La compañía pagará al asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada si el asegurado sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual se encuentre en vigor al momento del siniestro. La indemnización que se otorgará por las pérdidas orgánicas será la que resulte de acuerdo con la siguiente escala que se muestra a continuación.

Escala B

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

Para efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- De vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
- Se entenderá por sordera en ambos oídos la pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los dos oídos.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Para cualquiera de las coberturas por accidente descritos anteriormente, operan las siguientes condiciones

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas coberturas se concederán únicamente si se presenta a la compañía prueba de que la lesión o lesiones que se causaron la muerte o la pérdida de miembros al asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Cancelación automática

La vigencia de estas coberturas terminará automáticamente

para cada asegurado sin necesidad de declaración expresa de la compañía:

- En la renovación de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 71 años.
- Cuando el asegurado esté disfrutando de las coberturas que, para el caso de invalidez, pueda concederle la póliza, en cuyo caso, al momento de pagar la suma asegurada por invalidez, se devolverá la prima neta no devengada correspondiente a la(s) cobertura(s) de accidente.
- En el momento en que por una o más reclamaciones se pague el 100% de la indemnización.
- En la renovación de la póliza siguiente a la fecha del accidente que ocasione alguna de las indemnizaciones aquí previstas.

Prima

La compañía concede estas coberturas con la obligación de pago de una prima adicional. Para cada tipo de cobertura por accidente corresponde una cuota en particular.

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte o pérdida de los miembros se deba a:

- a) Infecciones que no provengan del accidente cubierto.**
- b) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.**
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- 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 él haya sido el provocador.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el asegurado viaje como pasajero de un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial debidamente autorizada en viaje 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 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, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.**
- k) Radiaciones ionizantes.**
- l) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.**
- m) Envenenamiento, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto.**

Cobertura de Últimos Gastos (solo si es contratada)

Mediante esta cobertura y, siempre que el asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la compañía proporciona el anticipo de un porcentaje de la suma asegurada contratada por fallecimiento.

El monto del anticipo fluctúa entre el 25 % y el 50 % de la cobertura por fallecimiento y se ofrece para solventar de manera ágil el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del asegurado que tenga contratado esta cobertura. El porcentaje de anticipo para obtener la suma asegurada de esta cobertura, estará definido en la póliza y el certificado individual correspondiente.

Así mismo, este anticipo se pagará una vez que el asegurado demuestre a satisfacción completa de la compañía, que padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 meses.

Primas

Se otorga sin costo alguno en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la suma asegurada como apoyo a los familiares y asegurados de la compañía, además de que el costo es solventado por la cobertura de fallecimiento, al ser el beneficio total restante pagadero al fallecimiento del asegurado.

“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 28 de abril de 2008, con el número CNSFS0091-0216-2008“. CONDUSEF-005621-01