



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

**COBERTURA PAGO DE SUMA ASEGURADA POR
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE
ACCIDENTE (PIAC)**

CLÁUSULA

Esta cobertura operará siempre que en la carátula de la póliza y en el certificado individual se especifique que ha sido contratada.

La compañía pagará el monto de la suma asegurada contratada, si durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente, al sufrir la pérdida total de su capacidad para trabajar a causa de un accidente por el resto de su vida. El pago de la suma asegurada se realizará al presentar las pruebas de dicha condición y con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el asegurado.

Invalidez total y permanente

Para los efectos de esta cobertura, se considera invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibilite a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que esta haya sido continua por un periodo no menor a seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total permanente, que ésta subsista al término de dicho periodo y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo estos, no sean accesibles para el asegurado.

También se considera invalidez total y permanente, la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Indemnización de la cobertura

El pago de la suma asegurada se realizará después de que haya transcurrido el periodo de espera de seis meses, contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez y esta subsista al término de dicho periodo. El periodo de espera no opera en caso de que la invalidez sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

Pruebas

Para determinar el estado de invalidez, 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.

En caso de que la compañía cuente con evidencias de que el estado físico del asegurado, al momento de la reclamación, no deriva en una invalidez, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la compañía tendrá la facultad de requerir al asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la invalidez, designado por ella para declarar la procedencia o improcedencia de la invalidez. En caso de que el médico dictaminador de la aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el asegurado no constituye un estado de invalidez, 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.

Cuando la enfermedad o lesiones causadas por el accidente cubierto que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el siniestro, sólo podrá declinarse éste, si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela, sin necesidad de declaración expresa de la compañía, por los siguientes casos:

- Por el cumplimiento de vigencia de la cobertura básica.
- En la fecha de renovación en la que el asegurado cumpla la edad cancelación.
- Cuando se materialice la indemnización de la cobertura básica a la que se adhiere.
- Cuando la cobertura básica, sea cancelada por cualquier causa.

Pago de prima

Se establece la obligación del contratante para el pago de la prima de esta cobertura, apegándose a lo establecido en las condiciones generales de la póliza bajo el mismo concepto y demás cláusulas relacionadas y semejantes. La prima de esta cobertura se incluye en la prima total a pagar.

Edades de aceptación y cancelación

Edad mínima	Edad máxima	Edad de cancelación
18	60	65

Temporalidad

El plazo de la cobertura comprenderá la fecha más cercana entre: la terminación de la vigencia de la cobertura básica a la que se adhiera y la fecha inmediata posterior en que el asegurado cumpla la edad de cancelación, lo que ocurra primero.

EXCLUSIONES

La indemnización de esta cobertura no se concede cuando la invalidez se deba a:

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) 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 viajare como pasajero en 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 cuando el asegurado participe de forma activa durante la celebración de 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 que se originen mientras el asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, con un nivel superior a 0.8 gramos por litro de sangre, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
- m) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.
- n) Cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales después de ocurrido el accidente.
- o) Enfermedades preexistentes, siempre que estas se pronostiquen o deriven en un estado de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Enfermedad o padecimiento preexistente son aquellos padecimientos respecto de los que previamente a la celebración del contrato:

- a) 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 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) El asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

La compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO (APLICABLE PARA LA EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

En caso de que la compañía rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de

que con las constancias que le aporten tanto la compañía como el asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.

En ese caso, la compañía y el asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado y en caso de existir, será liquidado por la compañía.

Integración del expediente del siniestro

- a) Formato de reclamación, proporcionado por la compañía.
- b) Certificado individual, si lo tuviese.
- c) Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE, pasaporte).
- d) Copia de comprobante de domicilio actual, con una antigüedad no mayor a tres meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- e) Original del dictamen de invalidez o pérdidas de miembros u orgánica, emitido por el IMSS, ISSSTE, SSA o por cualquier institución médica legalmente autorizada para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.
- f) Historia clínica o informe médico detallado y emitido por cada médico tratante.
- g) Estudios de laboratorio o gabinete realizados.
- h) Copia certificada de la carpeta de investigación del ministerio público, sólo en el caso de que este organismo haya tenido conocimiento del accidente.

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

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

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta póliza de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía al teléfono 800-SEGUHIR (800-734-8447), en horarios de lunes a viernes de 8:30 a 18:00 horas; al correo electrónico "une@hirseguros.com.mx", o visite nuestra página de internet <http://www.hirseguros.mx> ; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página "<http://www.condusef.gob.mx>"

“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 5 de julio de 2023, con el número BADI-S0091-0015-2023“.
**REGISTRO
CONDUSEF G-01565-001**