

IMPORTANTE: LEER ANTES DE FIRMAR: HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., (HIR) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido, por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que HIR recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que HIR pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

El producto ligado a este certificado cuenta con exclusiones y limitaciones, las cuales pueden consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto que se encuentra a su disposición en nuestra página www.hirsegueros.mx

Todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato se podrán consultar en nuestra página: www.hirsegueros.mx, en la sección "Condiciones Generales", en el apartado "anexo de preceptos legales y abreviaturas".

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta póliza, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México o al teléfono 800 SEGUHIR (800 734 8447), en horario de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas, viernes de 8:30 a 15:00 horas; al correo electrónico une@hirsegueros.com.mx o visite nuestra página de internet <http://www.hirsegueros.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 de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de mayo de 2025 con el número CNSF-S0091-0247-2023/CONDUSEF 006333-02 y a partir del día 15 de febrero de 2024, con el número CGEN-S0091-0027-2024/CONDUSEF G-01612-002”.

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO TITULAR

CUESTIONARIO

NOTA IMPORTANTE: El siguiente cuestionario solamente aplicará para que el asegurado titular se dé de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado.

Estatura _____ cms Peso _____ kgs

¿Realiza alguna actividad o deporte de alto riesgo? Sí No (en caso afirmativo contestar el cuestionario de actividades peligrosas)

Indique si ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades: Marque con una "X"

Hipertensión arterial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades cardiovasculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hernias discales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades cancerosas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha dado positivo al test de anticuerpos de SIDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

APARTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS: En caso de que en el apartado anterior existan respuestas afirmativas, favor de completar lo siguiente:

Enfermedad	Fecha de inicio	Duración	Indicar: Situación actual, tratamiento y/o secuelas de la enfermedad

Artículo 17.- Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad de que se trate.

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

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo o colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo o colectividad deberá presentar su solicitud a la aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los integrantes del grupo o colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.



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

CLAUSULAS QUE FORMAN PARTE DEL CERTIFICADO
SEGURO DE VIDA GRUPO MULTIANUAL FRACCIONADO

CLÁUSULAS

1. Contrato de seguro

La póliza, las condiciones generales, la solicitud, los consentimientos, los certificados individuales, las cláusulas y los endosos que se agreguen constituyen testimonio del Contrato de adhesión 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 (30) días que sigan al día en que se reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro). Este derecho se hace extensivo al contratante.

2. Vigencia del Contrato

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

3. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo establecido por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el contratante, así como las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato, sean dados de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado y hayan dado su consentimiento para ser asegurados, están obligadas a declarar por escrito a la Compañía de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de su ingreso al grupo asegurado. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, cuando se trate de omisiones o inexactas declaraciones por parte del Contratante y del certificado individual, cuando se trate de alguno de los asegurados a que se refiere esta cláusula, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

4. Terminación del Contrato

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

- a. Por cumplimiento de la vigencia que aparece en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones en las que fue contratado
- b. Por falta de pago de primas, conforme a lo que se establece en la cláusula "Periodo de gracia".
- c. A solicitud del contratante, quien puede cancelar este contrato indicándolo por escrito a la

Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato. La devolución de la prima se realizará a través de la forma que indique el contratante, dentro de los treinta días (30) naturales posteriores a la fecha de recepción del escrito de cancelación, en caso de que el contratante no indique la forma en que desea sea devuelta la prima, la Compañía pondrá a disposición de éste un cheque nominativo a favor del Contratante por la cantidad que corresponda.

5. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante y/o asegurados para la apreciación del riesgo. Esta misma regla aplicará en caso de incluir alguna cobertura adicional. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al grupo asegurado que sean dados de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de un año, que se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el contrato. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

6. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco (5) años tratándose de coberturas que cubran el riesgo de fallecimiento y en dos (2) años para los demás casos. En todos los casos los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

7. Comunicaciones

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

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

8. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

9. Derecho a seguro individual por seguro de prestación laboral

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, la Compañía tiene la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo debe presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de la fecha de su separación.

La suma asegurada es la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante debe pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

10. Beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios, mediante notificación por escrito a la Compañía.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, queda liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se paga a su sucesión. La misma regla se observa cuando el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

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

11. Liquidación

La Compañía pagará, cuando así proceda, el monto de la suma asegurada dentro de los 30 (treinta) días después de la fecha en que ésta haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, de conformidad con lo estipulado en la cláusula “Integración del expediente del siniestro”. El pago se realizará a través de cheque mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario proporcione por escrito.

La forma de liquidación puede ser cambiada mediante notificación por escrito a la Compañía, siempre y cuando ésta no haya realizado pago alguno.

12. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del contrato y del respectivo certificado, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, la Compañía solamente devolverá la reserva matemática correspondiente al asegurado afectado.

13. Cambio por riesgos

Este seguro se ofrece con base a lo declarado en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los asegurados.

Cualquier cambio a estas circunstancias deberá de notificarse a la Compañía, con el propósito de evaluar el nuevo riesgo y si procede ajustar la prima correspondiente.

14. Agravación del riesgo

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

Conforme al párrafo anterior, se presumirá siempre:

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

La Compañía no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

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

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

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

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

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

15. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se obliga a pagar al asegurado o beneficiario un interés moratorio determinado de acuerdo con lo que establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

1. COBERTURA BÁSICA

• Fallecimiento

Si durante la vigencia del certificado individual, ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada vigente en la fecha en que haya ocurrido el fallecimiento. La suma asegurada se determinará conforme a la regla de suma asegurada establecida al momento de la contratación del seguro, misma que se define en el certificado individual.

Una vez indemnizada la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento cesará la obligación de la compañía ante el asegurado y/o sus beneficiarios.

2. COBERTURAS ADICIONALES

2.1 Coberturas de Accidente

Lo especificado en estas coberturas aplicará sólo si éstas son contratadas y así aparecen en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Accidente

Se considera Accidente al acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales o la muerte del Asegurado mientras se encuentre vigente la póliza. **No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

• Muerte Accidental

Esta cobertura operará siempre que sea contratada y se

especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

• Pérdidas Orgánicas por Accidente

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

La Compañía pagará la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente.

La suma asegurada que se paga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar a la suma asegurada de esta cobertura, el porcentaje correspondiente que se indica en la escala de indemnización. Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las pérdidas orgánicas amparadas, se pagan las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excede el importe de la suma asegurada convenida.

Para el caso de esta cobertura, el beneficiario directo es el propio Asegurado, quien es el único facultado para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura.

Tabla A

PÉRDIDAS ORGÁNICAS	PORCENTAJE
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%

Tabla B

PÉRDIDAS ORGÁNICAS	PORCENTAJE
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%
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sea el pulgar del 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%
Cualquier de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- Una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarsoiana o arriba de ella.
- Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
- Ambos oídos, la sordera o pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los oídos.

• Muerte Accidental Colectiva

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

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente colectivo lo siguiente:

- El accidente que tuviere 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 tuviere 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 se haya encontrado el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

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

• Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo

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

La Compañía pagará la suma asegurada o un porcentaje de ella al asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente colectivo lo siguiente:

- El accidente que tuviere 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 tuviere el asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marma, construcción, grutas o similares; o
- El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se haya encontrado el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

La suma asegurada que se paga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar a la suma asegurada de esta cobertura, el porcentaje correspondiente que se indica en la escala de indemnización.

Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las pérdidas orgánicas amparadas, se pagan las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excede el importe de la suma asegurada convenida.

Para el caso de esta cobertura, el beneficiario directo es el propio Asegurado, quien es el único facultado para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura.

Tabla A

PÉRDIDAS ORGÁNICAS	PORCENTAJE
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%

Tabla B

PÉRDIDAS ORGÁNICAS	PORCENTAJE
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%
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sea el pulgar del índice de un amano	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%
Cualquier de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- Una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
- Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
- Ambos oídos, la sordera o pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los oídos.

Condiciones Específicas de las coberturas de accidentes

Para las coberturas de accidente operan las siguientes condiciones específicas:

• Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas coberturas se conceden únicamente, si se presenta a la Compañía prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte o la pérdida orgánica al Asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la Póliza y del Certificado al que se adiciona esta Cobertura.

• Cancelación Automática

La vigencia de las coberturas de accidente termina automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía:

- Por el cumplimiento de vigencia de la cobertura básica.
- Por la falta de pago de prima de la cobertura básica o de la prima correspondiente de cualquiera de las coberturas, según sea el caso, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.
- En la fecha de renovación en la que el asegurado cumpla la edad cancelación establecida en la cláusula "edades de aceptación y cancelación", según la cobertura de accidente que se trate.
- Cuando se materialice la indemnización de

- a. cualquiera de las coberturas de accidentes o la de la cobertura básica.
- b. En el momento en que por una o más reclamaciones, se pague el 100 % de la indemnización
- f. Cuando la cobertura básica, sea cancelada por cualquier causa.

• **Exclusiones**

Las indemnizaciones que correspondan a las coberturas de accidentes no se conceden cuando la muerte accidental o la pérdida orgánica se deba a:

- a. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental
- b. Infecciones que no provengan de un accidente cubierto.
- c. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.
- d. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.
- e. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- f. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- g. 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 en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- h. 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.
- i. 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.
- j. 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.

- k. **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.**
- l. **Radiaciones ionizantes.**
- m. **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 con un nivel superior a 0.8 gramos por litro de sangre, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.**
- n. **Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**
- o. **Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales después de ocurrido el accidente.**

2.2. Coberturas de Invalidez

Lo especificado en estas coberturas aplicará sólo si éstas se contratan y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

• **Pago de Suma Asegurada por invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad**

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

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 o enfermedad. El pago de la suma asegurada se realizará al presentar las pruebas 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 ésta subsista al término de dicho periodo. 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 o enfermedad que lo imposibiliten 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 ésta haya sido continua por un período no menor a seis meses y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, 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.

Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

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

Pago de suma asegurada por Invalidez total y permanente a causa de accidente.

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

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 después de que hayan transcurrido seis meses 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 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 ésta haya sido continua por un período no menor a seis meses y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, 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.

• Exención de pago de primas por invalidez

El contratante podrá contratar las siguientes opciones:

- Exención temporal de pago de primas
- Exención vitalicia de pago de primas

• Exención temporal de pago de primas

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

Si durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente y/o enfermedad o se invalida total y permanentemente a causa de accidente, según sea el caso, la compañía mantendrá vigente sin más pago de primas, la cobertura básica de fallecimiento por el periodo de tiempo que le falte para concluir el plazo que se estipula en el certificado.

Aplicará el período de protección que se indique en el certificado individual. La suma asegurada que será considerada para este beneficio, será la que se encuentre vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez y se le entregará al contratante y/o asegurado un endoso donde se le informe del monto de suma asegurada con el que quedará cubierto en la cobertura de fallecimiento y el período de vigencia de la exención de pago de primas.

• Exención vitalicia de pago de primas

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

Si durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente y/o enfermedad o se invalida total y permanentemente a causa de accidente, según sea el caso, la compañía mantendrá vigente sin más pago de primas, la cobertura básica de fallecimiento en forma vitalicia.

En este caso, se otorgará para el asegurado el período de protección de por vida. La suma asegurada que será considerada para este beneficio, será la que se encuentre vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez y se le entregará al contratante y/o al asegurado un endoso donde se le informará el monto de suma asegurada con el que quedará cubierto por la cobertura de fallecimiento, el período de vigencia de la exención de pago de primas, así como las condiciones bajo las cuales quedará vigente su protección.

En caso de que la póliza sea o no renovada, el asegurado afectado quedará asegurado con la compañía de por vida, sólo por la cobertura de fallecimiento y sin más pago de primas.

Condiciones Específicas de las coberturas de invalidez

Para las coberturas de invalidez operan las siguientes condiciones específicas:

• Indemnización de las coberturas de invalidez

El pago de la suma asegurada o la aplicación del beneficio para la exención de pago de primas se realizarán después de que haya transcurrido el periodo de espera de seis meses, contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez y ésta 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, según sea el caso. 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.

El pago de la suma asegurada se realizará después que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez y subsistan al término de dicho periodo.

◦ **Cancelación Automática**

Cualquiera de las coberturas de invalidez se cancelan automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, por los siguientes casos:

- a. Por el cumplimiento de vigencia de la cobertura básica.
- b. Por la falta de pago de prima de la cobertura básica o de la prima correspondiente de cualquiera de las coberturas de invalidez, según sea el caso.
- c. En la fecha de renovación en la que el asegurado cumpla la edad cancelación establecida en la cláusula "edades de aceptación y cancelación".
- d. Cuando se materialice la indemnización de cualquiera de las coberturas de invalidez o la de la cobertura básica.
- e. Cuando la cobertura básica, sea cancelada por

cualquier causa.

◦ **Contratación de coberturas de invalidez**

- El contratante tendrá la opción de elegir solamente una de las coberturas de pago de suma asegurada por invalidez, pudiendo ser:
 - a. Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad, o bien
 - b. Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente a causa de accidente.

Las coberturas anteriores no podrán contratarse conjuntamente.

- La cobertura de Exención de Pago de Primas se puede contratar sólo si se contrata cualquiera de las coberturas de invalidez descritas.

Exclusiones

Las indemnizaciones que correspondan a las coberturas de invalidez no se conceden 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.**
- m. 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, con un nivel superior a 0.8 gramos por litro de sangre, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.**
- n. Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**
- o. Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales después de ocurrido el accidente.**
- p. Enfermedades preexistentes, siempre que éstas 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 MEDICO (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.

2.3 Gastos funerarios

Esta cobertura operará sólo si se contrata y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

El objetivo de esta cobertura es indemnizar a los beneficiarios designados para cubrir los gastos erogados por motivo del fallecimiento del asegurado titular o el asegurado familiar si fuera el caso. La indemnización servirá para cubrir los gastos por traslado del cuerpo, cremación, embalsamamiento, arreglo estético u otros gastos semejantes que ayudaran a solventar económicamente este acontecimiento.

Beneficio

Si durante la vigencia de la cobertura, ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada con la finalidad de cubrir los gastos funerarios derivados del fallecimiento del asegurado. La suma asegurada se determinará conforme a la regla de suma asegurada establecida al momento de la contratación del seguro, misma que se define en el certificado individual.

La suma asegurada máxima de contratación para esta cobertura será de sesenta (60) veces la Unidad de Medida de actualización Mensual (UMA)

La indemnización de esta cobertura es adicional a la que

corresponda por la cobertura básica y de cualquier otra cobertura adicional.

La indemnización que corresponda a los asegurados familiares se pagará al asegurado titular.

2.4 Cobertura de Últimos Gastos

Esta cobertura operará sólo si el asegurado o beneficiario hace uso de ésta.

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 porcentaje máximo del anticipo será del 50 % y éste se aplicará a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento. Este beneficio se otorga para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del asegurado, o si el asegurado durante la vigencia del certificado, llegará a padecer alguna enfermedad grave o terminal. El porcentaje de anticipo para obtener la suma asegurada de esta cobertura, está definido en la póliza y el certificado individual correspondiente. En todos los casos se debe fundamentar la reclamación por el médico tratante o especialista en la materia.

Así mismo, este anticipo se paga una vez que el asegurado demuestre a la compañía, que padece una enfermedad grave o terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 meses. Entre las pruebas a presentar se incluye un dictamen médico del IMSS, ISSSTE o médico tratante y están sujetas a comprobación y validación por parte de la Compañía, para el caso de que la Compañía determine la improcedencia de un dictamen, éste deberá venir respaldado por un médico especialista en la materia.

Para efectos de esta cobertura, las enfermedades graves y/o terminales son aquellas que generan una esperanza de vida de doce meses. Las enfermedades graves o terminales que se cubrirán son las siguientes:

- Infarto agudo al miocardio
- Enfermedad Vascular cerebral, hemorragia, embolia o trombosis
- Revascularización de coronarias (By-pass) por angina de pecho o insuficiencia coronaria.
- Cáncer. No se considera enfermedad grave a cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados premalignos, y cualquier tipo de cáncer, tumores que pueden ser considerados premalignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo o in situ
- Insuficiencia renal
- Trasplante de órganos. Sustitución completa y permanente de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea.

◦ Primas

Se otorga sin costo alguno ya que se trata de un anticipo del pago de la suma asegurada por fallecimiento, además de que el costo es solventado por la cobertura de

fallecimiento.

◦ Consideraciones

- El monto que se pague por este beneficio de últimos gastos no será superior al monto que resulte de aplicar 50% a la suma asegurada por fallecimiento (cobertura básica) con tope de 60 veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA) mensual.
- El remanente de la suma asegurada por fallecimiento se pagará a los beneficiarios designados, conforme a lo que se establece en la cláusula “beneficiarios”

Integración del expediente del siniestro

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

• Fallecimiento

- a. Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía.
- b. Certificado individual, si lo tuviese
- c. Copia certificada del acta de defunción emitida por el registro civil.
- d. Copia de comprobante de domicilio actual del reclamante, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- e. Copia certificada del acta de matrimonio (en caso de que el cónyuge sea beneficiario).
- f. Copia de identificación oficial vigente del asegurado, en caso de contar con ella, y de cada uno de los Beneficiarios (cédula profesional, IFE, INE, Pasaporte).
- g. Juicio de sucesión testamentaria a bienes (del asegurado), en caso de no haber designado beneficiarios. En caso de beneficiarios menores de edad, carta del padre o tutor solicitando el pago, juicio de tutoría (de no tener tutor), o juicio de interdicción (para beneficiarios designados incapaces).
- h. Copias certificadas de las actuaciones del ministerio público completas (en caso de muerte accidental y siempre que dicho organismo haya tenido conocimiento del accidente).

• Pérdidas orgánicas

- a. Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía.
- b. Certificado individual, si lo tuviese
- c. Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE, Pasaporte).
- d. Copia de comprobante de domicilio actual, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- e. Original del dictamen de pérdidas de miembros u orgánicas, emitido por el IMSS, ISSSTE o por cualquier institución médica legalmente autorizada para ejercer la medicina con especialidad en

medicina del trabajo.

- f. Historia Clínica o Informe Médico detallado y emitido por cada médico tratante que acrediten la pérdida orgánica.
 - g. Estudios de laboratorio o gabinete realizados.
 - h. En caso de que pérdida orgánica sea a consecuencia de un accidente, copia certificada de la carpeta de investigación del ministerio público, siempre que dicho organismo haya tenido conocimiento del accidente.
- **Invalidez**
 - a. Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía.
 - b. Certificado individual, si lo tuviese
 - c. Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE, Pasaporte).
 - d. Copia de comprobante de domicilio actual, con una antigüedad no mayor a 3 meses (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
 - e. Original del dictamen de incapacidad, invalidez o Pérdidas de miembros u orgánica (acorde a la cobertura reclamada), emitido por el IMSS, ISSSTE 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. En caso de que la invalidez, sea a consecuencia de un accidente, copia certificada de la carpeta de investigación del ministerio público, siempre que dicho 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 del mismo, la Compañía se reserva el derecho a solicitar al asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro. Lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el contrato de Seguro.

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