



Seguro de Vida Grupo
“Deudores OPTIMUS”
Condiciones Generales

Póliza de Seguro

INTRODUCCIÓN.	1
I. DEFINICIONES	2
II. COBERTURAS	7
1. FALLECIMIENTO	7
2. INVALIDEZ TOTAL Y (PASI). PERMANENTE	7
APARTADOS DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ.	11
APARTADO 1.	11
APARTADO 2.	11
APARTADO 3 EXCLUSIONES.	12
CLÁUSULA 1ª VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.	14
CLÁUSULA 2ª MODIFICACIONES.	14
CLÁUSULA 3ª RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.	14
CLÁUSULA 4ª NOTIFICACIONES.	15
CLÁUSULA 5ª EDAD.	15
CLÁUSULA 6ª AJUSTE POR EDAD.	15
CLÁUSULA 7ª PRIMAS.	16
CLÁUSULA 8ª MONEDA.	16
CLÁUSULA 9ª PRESCRIPCIÓN.	17
CLÁUSULA 10ª OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.	17

CLÁUSULA 11ª INDISPUTABILIDAD.	18
CLÁUSULA 12ª COMPETENCIA.	18
CLÁUSULA 13ª INDEMNIZACIÓN POR MORA	19
CLÁUSULA 14ª SUICIDIO.	23
CLÁUSULA 15ª INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO.	24
CLÁUSULA 16ª REHABILITACIÓN	24
CLÁUSULA 17ª ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS.	25
CLÁUSULA 18ª RENOVACION DEL CONTRATO.	27
CLÁUSULA 19ª AVISO DEL SEGURO.	27
CLÁUSULA 20ª CRÉDITOS QUE NO CUBRE LA PÓLIZA.	28
CLÁUSULA 21ª TERMINACIÓN	28
CLÁUSULA 22ª PRIMA DE TARIFA NO DEVENGADA.	29
CLÁUSULA 23ª SUMA ASEGURADA.	29
CLÁUSULA 24ª BENEFICIARIO	29
CLÁUSULA 25ª COPIA DE PÓLIZA O CERTIFICADO.	30
CLÁUSULA 26ª AVISO DE PRIVACIDAD.	30



INTRODUCCIÓN.

HDI Seguros, S.A. de C.V., en adelante denominada la *Compañía*, de acuerdo con las *Condiciones Especiales* y las *Condiciones Generales* del Seguro de Vida Grupo DEUDORES OPTIMUS y en consideración a las declaraciones hechas por el solicitante de este seguro – documentos que constituyen el contrato–, pagará al *Beneficiario Preferente* la *Suma Asegurada* designada en la carátula de la *Póliza*, al actualizarse cualquiera de los riesgos cubiertos mientras esta *Póliza* y su *Certificado Individual* se encuentren en vigor al momento del *Siniestro*.

Las *Condiciones Especiales* de la *Póliza* prevalecen sobre las *Condiciones Generales*.

El presente documento comprende las *Condiciones Generales* de su seguro de Vida Grupo DEUDORES OPTIMUS, las cuales regirán los derechos y obligaciones entre usted y la *Compañía*.

Es muy importante que el *Asegurado* y el *Contratante* exijan a su *Agente de Seguros* les explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes *Condiciones Generales* como en las *Condiciones Especiales* de su *Póliza*.

I DEFINICIONES.

ACCIDENTE: acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la muerte del *Asegurado* o lesiones corporales en su persona.

ASEGURADOS: deudores del *Contratante* que, previa autorización escrita por la *Compañía*, se convierten en *Asegurados* desde el momento de la firma de los *Contratos de Crédito* celebrados entre el *Contratante* y sus deudores, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aseguramiento que establecen las presentes *Condiciones Generales*.

BENEFICIARIO PREFERENTE: persona designada por el *Asegurado* como titular de los derechos indemnizatorios y se establece en el *Consentimiento Individual* correspondiente.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento que describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la *Póliza* cada integrante de la *Colectividad*. Dicho documento contiene:

- a) El nombre completo de el *Asegurado*,
- b) Las coberturas contratadas,
- c) Las sumas aseguradas,
- d) El nombre del *Beneficiario Preferente* y
- e) El nombre de el *Contratante*.

COLECTIVIDAD: conjunto de personas deudoras del *Contratante* que mantengan un vínculo o interés común previo e



independiente al *Contrato de Seguro*; se encuentren desempeñando una actividad que reditúe para hacer frente a sus obligaciones como *Deudor del Contratante*; que cumplen con las características especificadas por el *Contratante* en la *Solicitud* y; han otorgado su *Consentimiento Individual* expreso para ser *Asegurados*.

COMPAÑÍA: HDI Seguros, S.A. de C.V.

CONDICIONES ESPECIALES: coberturas y convenios específicos asentados en la *Póliza* que prevalecen sobre las *Condiciones Generales*.

CONDICIONES GENERALES: documento que se entrega junto con la *Póliza* en el que se asientan:

- a) Las definiciones (categorías utilizadas en el *Contrato de Seguro*);
- b) Las cláusulas (acuerdos del *Contrato de Seguro*) y
- c) Las coberturas (riesgo (s) específico (s) que cubre el *Contrato de Seguro*).

CONSEJO DE MÉDICOS: grupo integrado por dos médicos elegidos por el *Asegurado*, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la *Compañía*. Si el *Asegurado* lo desea, él podrá proponer un tercer médico, con el único requisito de que sea médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL: documento donde cada integrante de la *Colectividad* hace explícito su acuerdo de estar asegurado, así mismo describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la *Póliza* cada integrante de la *Colectividad*.

Todos los *Consentimientos Individuales* se entregan al *Contratante* quien a su vez los hará llegar a cada *Asegurado*.

CONTRATANTE: persona moral o institución financiera con quien la *Compañía* celebra el *Contrato de Seguro* para sus deudores.

CONTRATO DE CRÉDITO: contrato celebrado entre el *Contratante* y cada *Deudor* en cuyos términos el *Contratante* ha abierto una línea de crédito al *Deudor*.

CONTRATO DE SEGURO: contrato conformado por:

- 1) La *Solicitud*,
- 2) Las presentes *Condiciones Generales*,
- 3) La *Póliza* (con sus *Endosos* –si los hubiera-),
- 4) El *Consentimiento Individual*,
- 5) El *Certificado Individual*,
- 6) La *Relación de Asegurados* (anexa a la *Póliza*).

Bajo este *Contrato de Seguro* quedan amparados todos los *Asegurados* que integran la *Póliza*.

CUOTA MENSUAL: importe que el *Asegurado* paga cada mes al *Contratante* para liquidar la deuda originada con el *Contrato de Crédito*, sin incluir pagos accesorios, penalidades, intereses moratorios ni cargos adicionales.



DEUDOR: persona que tiene celebrado un *Contrato de Crédito* con el *Contratante*.

ENDOSO: texto dentro de la *Póliza* o documento anexo a la misma que modifica, previo acuerdo entre el *Contratante* y la *Compañía*, las condiciones del *Contrato de Seguro*. Todo *Endoso* deberá llevar la firma de la *Compañía*.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO: todo trastorno de la salud debido a causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico-quirúrgico.

ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES: *Enfermedades* o *Padecimientos* que previamente a la celebración del *Contrato de Seguro*, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Asimismo *Enfermedades* o *Padecimientos* que erogaron algún gasto para su tratamiento.

PERIODO DE GRACIA: lapso de tiempo que tiene el *Contratante* para liquidar la *Prima* correspondiente. Aparece indicado en los recibos de pago.

PÓLIZA: documento que contiene los derechos y obligaciones de las partes. En él que asientan:

- a) Los nombres y domicilios de las partes,
- b) La firma de la *Compañía*,
- c) Las coberturas amparadas,

- d) La *Suma Asegurada*,
- e) La *Vigencia del Contrato de Seguro*,
- f) La *Prima del Contrato de Seguro*,
- g) Las *Condiciones Especiales*.

PRIMA: cantidad monetaria que deberá liquidar el *Contratante* a la *Compañía* para que el *Contrato de Seguro* surta efectos.

RECIBO DE PAGO: documento en el que se establece la *Prima* que deberá pagar el *Contratante*. En él se especifica el periodo que se cubre con la *Prima* por pagar y la fecha de vencimiento del pago.

RELACIÓN DE ASEGURADOS: listado que incluye el nombre completo de los *Asegurados*, las coberturas contratadas y la fecha de alta.

SALDO INSOLUTO: parte de la deuda pendiente y no vencida que no ha sido cubierta por los deudores a el *Contratante*, sin incluir pagos accesorios, penalidades, intereses moratorios ni cargos adicionales.

SINIESTRO: realización de la eventualidad prevista en este *Contrato de Seguro* amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta *Póliza*.

SOLICITUD: documento indispensable – acompañado por el *Consentimiento Individual* de cada integrante de la *Colectividad*– para la emisión de la *Póliza*, el cual deberá ser llenado y firmado por el *Contratante*.

SUMA ASEGURADA: límite de responsabilidad máxima que tiene la compañía con cada *Asegurado* por las coberturas contratadas.

VIGENCIA: período pactado de cobertura amparado por el *Contrato de Seguro*.



II Coberturas.

1. FALLECIMIENTO

La *Compañía* pagará al *Beneficiario Preferente* la *Suma Asegurada* al ocurrir el fallecimiento del *Asegurado*. Para que la cobertura se haga efectiva se deberán cumplir los requisitos de las presentes *Condiciones Generales*.

Al ser un seguro de deudores, el *Contrato de Seguro* tiene como finalidad cubrir el saldo insoluto del *Contrato de Crédito* únicamente al *Contratante*, quien funge como *Beneficiario Preferente* irrevocable, al sobrevenir el fallecimiento del *Asegurado*.

La *Suma Asegurada* para esta cobertura es el *Saldo Insoluto* del *Contrato de Crédito*.

2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI).

La *Compañía* pagará, seis meses después de la fecha en que se dictamine la *Invalidez Total y Permanente* del *Asegurado*, la *Suma Asegurada* contratada al *Beneficiario Preferente*.

La *Suma Asegurada* para esta cobertura es el *Saldo Insoluto* del *Contrato de Crédito*.

Para efectos de esta cobertura se entiende por *Invalidez Total y Permanente*:

- a) La pérdida total de facultades o actividades de una persona cuyo origen sea derivado de un *Accidente* o *Enfermedad* o *Padecimiento* que la imposibilite para desempeñar su trabajo para la cual esté preparada de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia por el resto de su vida.

b) A fin de determinar la *Invalidez Total y Permanente* se requerirá que ésta haya sido continua durante un periodo de espera de seis meses.

Se entenderá por capacidad de trabajo la facultad del *Asegurado* para realizar:

a) Los actos esenciales para cualquier actividad para la cual esté preparado el *Asegurado* de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia.

Lo anterior será evaluado de la siguiente manera:

1. Si el *Asegurado* pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de dictamen de *Invalidez Total y Permanente* emitido por alguno de estos organismos.
2. La declaración de invalidez del *Asegurado* por parte de algún organismo privado sólo tendrá para la *Compañía* un valor meramente informativo y referencial.
3. En caso de no pertenecer a alguno de los institutos públicos señalados en el punto No. 1, se solicitará un dictamen a un médico certificado en la especialidad de medicina del trabajo.
4. En caso de controversia, la *Invalidez Total y Permanente* deberá ser evaluada por un *Consejo de Médicos* titulados con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión, avalado tanto por el *Asegurado* como por la *Compañía*. Es importante hacer mención que el Médico de la *Compañía* que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.



5. Queda convenido que la *Compañía* podrá exigirle al *Asegurado* las pruebas necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. En este caso, la *Compañía* analizará la *Invalidez Total y Permanente* del *Asegurado*, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente, conforme a los conceptos especificados en la definición de *Invalidez Total y Permanente* anteriormente enunciada. El *Asegurado* se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la *Compañía*, incluyendo las de detección del virus VIH o cero positivo –de ser el caso– y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la *Compañía*, incluyendo las pruebas médicas referidas de detección del virus VIH o cero positivo.

6. En cualquiera de los dos casos anteriores se considerarán supuestos de *Invalidez Total y Permanente* la pérdida total e irreparable de:

- Ambas manos.
- Ambos pies.
- La vista al 100% (cien por ciento) de ambos ojos.
- Una mano y la vista al 100% (cien por ciento) de un ojo.
- Un pie y la vista al 100% (cien por ciento) de un ojo.
- Una mano y un pie.

- La audición al 100% (cien por ciento) en ambos oídos.

Se entenderán por pérdidas lo siguiente:

- a) Pérdida de la mano: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
- b) Pérdida del pie: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del tobillo o desde arriba de la articulación del tobillo.
- c) Pérdida de la vista de un ojo: por desaparición completa e irreparable de la función de la vista al 100% (cien por ciento) en un ojo.
- d) Pérdida de la audición (acusia bilateral).

7. Una vez finalizado el período de espera de seis meses, desde el inicio de la incapacidad y siempre y cuando el *Asegurado* hubiere proporcionado en su totalidad la documentación requerida, la *Compañía* determinará en un máximo de 30 (treinta) días si ha ocurrido la *Invalidez Total y Permanente*.

8. Si la *Invalidez Total y Permanente* es declarada por cualquier causa referente al punto 6 (seis) anterior, no procederá el período de espera de seis meses.

9. Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para el *Asegurado*, sin necesidad de declaración expresa de la *Compañía*, en el aniversario de la *Póliza* en el cual la edad cumplida del *Asegurado* sea de 65 años o cuando se haya pagado el 100% de la *Suma Asegurada* contratada.



APARTADOS DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ.

APARTADO 1.

Edad:

Los límites de admisión fijados por la *Compañía* para esta *Cobertura* es de 18 (diez y ocho) años de edad como mínimo y 65 (sesenta y cinco) años de edad como máximo. **Esta cobertura quedará cancelada automáticamente cuando en el aniversario de la *Póliza*, el *Asegurado* tenga cumplidos 66 (sesenta y seis) años.** La fecha de nacimiento del *Asegurado* deberá comprobarse legalmente una sola vez cuando la *Compañía* lo solicite y quedará constatada en la *Póliza* o en cualquier otro comprobante.

APARTADO 2.

Pruebas:

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura se concederán únicamente si se presentan a la *Compañía* las pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de *Invalidez Total y Permanente* arriba descrita.

Los documentos que deberá de presentar el *Asegurado* acompañado del dictamen de *Invalidez Total y Permanente* son:

1. Si el *Asegurado* pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de Dictamen de *Invalidez Total y Permanente* emitido por alguno de estos organismos.

2. En caso de no pertenecer a alguno de los institutos públicos señalados en el punto No. 1 (uno), se solicitará un dictamen a un médico certificado en la especialidad de medicina del trabajo.

El Dictamen de *Invalidez Total y Permanente* deberá presentarse con los estudios de laboratorio y gabinete que respalden el dictamen.

APARTADO 3 EXCLUSIONES.

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura no se concederán cuando la *Invalidez Total y Permanente* que sufra el Asegurado se deba a:

- 1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio *Asegurado*;**
- 2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, en alborotos populares o en actos de insurrección;**
- 3. Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales cometidos por el *Asegurado*;**
- 4. Accidentes que ocurran mientras el *Asegurado* se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando él viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular;**



5. Accidentes que ocurran por participación directa del *Asegurado* durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo;

6. Accidentes que ocurran mientras el *Asegurado* haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor;

7. Accidentes que ocurran mientras el *Asegurado* se encuentre realizando actividades de esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre/acuático, fútbol americano o ciclismo.

8. Lesiones recibidas al participar el *Asegurado* en una riña, siempre que él haya sido el provocador;

9. Padecimientos mentales;

10. Lesiones que sufra el *Asegurado*, causadas por culpa grave de éste, incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica;

11. Envenenamiento, excepto si fuese de manera accidental;

CLÁUSULA 1ª VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

Salvo pacto en contrario, la *Vigencia del Certificado Individual* será desde las 12:00 (doce) horas de la fecha de alta hasta las 12:00 (doce) horas del día indicado para la finalización de la cobertura de la *Póliza*.

CLÁUSULA 2ª MODIFICACIONES.

La *Póliza*, sus *Condiciones Generales* y las *Condiciones Especiales*, si las hubiera, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el *Contratante* o el *Asegurado* con la *Compañía*. Estas modificaciones deberán hacerse constar por escrito a través de *Endosos* expedidos por la *Compañía*. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la *Compañía* carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 3ª RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si el contenido de la *Póliza* o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el *Asegurado* podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la *Póliza*. Transcurrido este plazo, se considerará aceptada la *Póliza* y sus modificaciones si las hubiera (Artículo 25



de la Ley sobre el *Contrato de Seguro*).

CLÁUSULA 4ª NOTIFICACIONES.

Cualquier declaración o notificación relacionada con el *Contrato de Seguro* deberá presentarse a la *Compañía*, por escrito, precisamente en el domicilio de ésta, el cual aparece en la *Póliza*.

CLÁUSULA 5ª EDAD.

La edad de aceptación de los *Asegurados* para la Cobertura Fallecimiento es de 18 (diez y ocho) años de edad como mínima y de 70 (setenta) años de edad como máxima.

Se considera como edad del *Asegurado* la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia del *Contrato de Seguro*. La fecha de nacimiento del *Asegurado* deberá comprobarse una sola vez cuando la *Compañía* lo solicite y quedará constancia en la *Póliza* o en cualquier otro comprobante.

CLÁUSULA 6ª AJUSTE POR EDAD.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del *Asegurado*, la *Compañía* no podrá rescindir la *Póliza*, a no ser que la edad real al tiempo de la celebración del *Contrato de Seguro* esté fuera de los límites de admisión fijados por la *Compañía*, en cuyo caso se devolverá al *Asegurado* la reserva matemática en la fecha de rescisión.

CLÁUSULA 7ª PRIMAS.

La *Prima* de seguro vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del *Contrato de Seguro*, salvo pacto en contrario.

El *Contratante* podrá optar por pagar de manera fraccionada la *Prima* anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales. El primer pago vencerá en la fecha de celebración del *Contrato de Seguro*.

Los pagos subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado.

Si no hubiese sido pagada la *Prima* o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del *Contrato de Seguro* cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Y si los pagos subsecuentes de las *Primas* parciales no hubiesen sido cubiertos a la fecha de su vencimiento, los efectos del *Contrato de Seguro* cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Las *Primas* convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la *Compañía* contra entrega de la constancia expedida por ella, o en la institución bancaria autorizada contra entrega del comprobante emitido por esta institución.

CLÁUSULA 8ª MONEDA.

Todo pago relativo al *Contrato de Seguro*,



ya sea por parte del *Contratante* o de la *Compañía*, se efectuará en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente, en la fecha de pago. Los pagos se efectuarán en las oficinas de la *Compañía* o ante la institución bancaria autorizada para este fin contra entrega del recibo expedido por la *Compañía*.

CLÁUSULA 9ª PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven del *Contrato de Seguro* prescribirán en cinco años por lo que respecta a la cobertura de vida, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo señalado no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la *Compañía* haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del *Siniestro*, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

La prescripción se interrumpirá o suspenderá no sólo por las causas ordinarias sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CLÁUSULA 10ª OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El *Contratante* y los *Asegurados* están obligados a declarar por escrito a la *Compañía*, en la *Solicitud* y en los cuestionarios relativos al Seguro, todos los hechos tal como los conozcan o deban

conocer en el momento de la celebración del *Contrato de Seguro* que sean importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas. **La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido, de pleno derecho, el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.** Opera para *Asegurados* que formulen su solicitud de seguro 30 (treinta) días después de haber ingresado a la *Colectividad*.

CLÁUSULA 11ª INDISPUTABILIDAD.

El *Contrato de Seguro* será indisputable excepto durante los dos primeros años de su *Vigencia* y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos que son necesarios conocer -y que deben ser proporcionados por el *Asegurado*- para la apreciación del riesgo. Opera para *Asegurados* que formulen su *Solicitud* de seguro 30 (treinta) días después de haber ingresado a la *Colectividad*.

CLÁUSULA 12ª COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en sus oficinas centrales ubicadas en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, México, Ciudad de México, a



los teléfonos 55-53-40-09-99 y 01-800-999-80-80 y en la página de internet www.condusef.gob.mx, o en la delegación que se encuentre más próxima al domicilio del *Asegurado* o en la Unidad Especializada de Atención de Usuarios (UNE) de la *Compañía* a través del siguiente número 01 800 667 3144, o vía correo electrónico a la siguiente dirección: une@hdi.com.mx; que atenderá las consultas o reclamaciones de los usuarios, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Es prerrogativa del reclamante acudir ante las instancias administrativas a que se refiere ésta cláusula o directamente ante el juez que corresponda.

CLÁUSULA 13ª INDEMNIZACIÓN POR MORA

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 indemnizar, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al *Asegurado* o al *Beneficiario Preferente*, una indemnización, por mora, de acuerdo con el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de

acuerdo con lo siguiente:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones



asumidas en el *Contrato de Seguros* y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1,000 (mil) a 15,000 (quince mil) Días de Salario.

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

CLÁUSULA 14ª SUICIDIO.

La *Compañía* quedará liberada de toda obligación de pago en caso de que la muerte del *Asegurado* ocurra por suicidio –cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del *Asegurado* – dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente asegurado. En este caso, el único derecho del *Contratante* será la devolución de la reserva matemática correspondiente.

CLÁUSULA 15ª INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO.

Durante la *Vigencia* de la *Póliza*, el *Contratante* podrá solicitar por escrito a la *Compañía* le informe el porcentaje de la *Prima* que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración del *Contrato de Seguro*. 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.

CLÁUSULA 16ª REHABILITACIÓN.

En caso de que el *Contrato de Seguro* hubiere cesado por falta de pago de *Primas*, el *Contratante* podrá, en cualquier



momento, proponer la rehabilitación del *Contrato de Seguro* a la *Compañía*, de acuerdo con los siguientes requisitos:

- a) La *Solicitud* deberá llegar por escrito a la *Compañía*;
- b) Se deberá comprobar a la *Compañía* que el *Asegurado* reúne, en la fecha de la *Solicitud*, los requisitos de aseguramiento establecidos por la *Compañía*;
- c) El *Contratante* deberá cubrir las *Primas* en descubierto, los intereses por mora a la tasa de interés pactada, así como cualquier otro adeudo derivado del *Contrato de Seguro*;
- d) El *Contrato de Seguro* se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la *Compañía* comunique por escrito al *Contratante* haber aceptado la propuesta de la rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA 17^a ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS.

a) Altas.

Mientras esté en vigor el *Contrato de Seguro*, la *Compañía* incluirá bajo la protección de la *Póliza* nuevos miembros a la *Colectividad* de acuerdo a la *Relación de Asegurados*. El *Contratante* se obliga a solicitar por escrito a la *Compañía* el nuevo ingreso de *Asegurados* y para ello, la *Compañía* deberá contar con la *Solicitud* y el *Consentimiento Individual* debidamente requisitados por el miembro que se va a asegurar.

Las personas que ingresen a la *Colectividad* con posterioridad a la celebración del *Contrato de Seguro* y que hayan dado su *Consentimiento Individual* 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 de la *Colectividad*.

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

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

b) Bajas.

Causarán baja de la *Póliza* las personas que hayan dejado de pertenecer a la *Colectividad*. El *Contratante* deberá informar la baja inmediatamente, por



escrito, a la *Compañía*. Queda entendido que el *Contrato de Seguro* cesará para estas personas desde el momento de su separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la *Compañía* –a causa de omisión o negligencia en el aviso de baja– obliga a el *Contratante* a reintegrar ese pago a la *Compañía*. No se considerarán separados definitivamente los *Asegurados* que sean jubilados o pensionados y por lo tanto continuarán dentro de la *Póliza* hasta la terminación del periodo de la *Póliza* en curso.

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

CLÁUSULA 18^a RENOVACIÓN DEL CONTRATO.

La *Compañía* renovará el *Contrato de Seguro* en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las *Primas* de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

CLÁUSULA 19ª

AVISO DEL SEGURO.

El *Contratante* hará saber a los *Deudores* la existencia de la *Póliza* y les informará acerca de los beneficios de ella. Al hacerse al *Contratante* cualquier pago con motivo del Seguro a que se refiera la *Póliza* deberá entregarse a la *Compañía*, además del recibo finiquito correspondiente, la documentación que ampara el *Saldo Insoluto*.

CLÁUSULA 20ª

CRÉDITOS QUE NO CUBRE LA PÓLIZA.

Se considerarán excluidos de la Póliza, en todos los casos:

- Los créditos a cargo de Deudores que no sean personas físicas.
- Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
- Pagos accesorios derivados del Contrato de Crédito, así como cualquier pago derivado de penas convencionales, intereses moratorios o cargos adicionales distintos a la Cuota Mensual.

CLÁUSULA 21ª

TERMINACIÓN

La responsabilidad de la *Compañía*, por cada *Asegurado*, cesará automáticamente

- Por pago del adeudo del *Contrato de*



Crédito.

- Por traspaso del adeudo del *Contrato de Crédito*.
- Por pago de la indemnización contratada.

CLÁUSULA 22^a PRIMA DE TARIFA NO DEVENGADA.

En caso de la cancelación de la *Póliza* o de bajas de *Asegurados* mediante un *Endoso*, la *Compañía* devolverá al *Contratante* la *Prima* de tarifa no devengada, la cual se calculará como la *Prima* pagada multiplicada por el siguiente factor de acuerdo a la fecha de baja de *Asegurados* o cancelación de la *Póliza*.

Factor

Número de días entre la fecha de baja del asegurado y la fecha de fin de la cobertura.

Número de días de vigencia de la cobertura.

CLÁUSULA 23^a SUMA ASEGURADA.

El *Asegurado* o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la *Compañía* pague al *Contratante* el importe del *Saldo Insoluto* cubierto por el *Contrato de Seguro*.

CLÁUSULA 24^a BENEFICIARIO

Beneficiario Preferente e Irrevocable.

El *Asegurado* tendrá derecho a renunciar al cambio de Beneficiario designando un *Beneficiario Preferente e Irrevocable*. Para ello, comunicará al Beneficiario irrevocable y a la *Compañía* esta renuncia, la cual se hará constar forzosamente en la *Póliza*. Esta constancia de renuncia será el único medio de prueba admisible.

CLÁUSULA 25^a COPIA DE PÓLIZA O CERTIFICADO.

En caso de que el *Asegurado* requiera alguna copia de su *Póliza* o certificado podrá solicitarla al siguiente número telefónico: 01 800 667 31 44.

CLÁUSULA 26^a AVISO DE PRIVACIDAD.

HDI Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, León, Guanajuato, Código Postal 37669, tratará sus datos personales para realizar todas las actividades necesarias relacionadas con prestarle los servicios que pudieran llegar a ser o hayan sido contratados de forma oportuna y correcta relacionados con: la póliza de seguro, facturación y cobranza, seguimiento por daños materiales, seguimiento por robo, seguimiento de incidentes, seguimiento por accidentes, seguimiento por lesiones y pagos automáticos a su tarjeta de crédito. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad visite www.hdi.com.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 01 de abril de 2013, con el número CNF-S0027-0168-2013/ CONDUSEF-000036-01.