

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC

Seguro Vida Grupo de Operaciones Financieras

FECHA

[10/07/2019]

En HSBC Seguros agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros para proteger a su familia y su patrimonio. Con el fin de brindarle un mejor servicio, le informamos que para cualquier modificación o corrección en los datos de su póliza, cuenta con un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación.

Le recordamos que el contrato de seguro es un contrato de buena fe, y a efecto de evitar cualquier causa de terminación o improcedencia de pago en la indemnización, le agradeceremos en caso de existir algún cambio, corrección en sus datos relacionados con este Contrato o en caso de cualquier duda acuda a cualquiera de las sucursales HSBC lo más pronto posible.

Lo anterior, se lo informamos toda vez que de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión e inexacta declaración de su parte será causa de rescisión del Contrato.

“Nos preocupamos por nuestros asegurados que son lo más importante”

CONTENIDO

1. CONTRATO	4
2. DEFINICIONES	4
3. COBERTURAS Y MODALIDADES	6
3.1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO	6
3.1.1. Modalidad Proporcional por Fallecimiento.....	7
3.1.2. Modalidad No Proporcional por Fallecimiento.....	7
3.2. COBERTURAS POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	7
3.2.1. Modalidad Proporcional por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.	8
3.2.2. Modalidad No Proporcional por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.	8
3.3. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	8
4. COBERTURA DE DESEMPLEO O POR INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL	9
4.1. COBERTURA DE DESEMPLEO.....	10
4.1.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO....	10
4.1.2. COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE DESEMPLEO.	11
4.1.3. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO.	11
4.2. COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL	12
4.2.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.	12
4.2.2. COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.....	13
4.2.3. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.....	13
5. CLAUSULAS GENERALES	14
5.1. CONTRATO.....	14
5.2. VIGENCIA.....	14
5.3. RENOVACIÓN.	14
5.4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.....	14
5.5. TERMINACIÓN.....	15
5.6. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO.....	15
5.7. CANCELACIÓN POR EDAD.	15
5.8. CARENCIA DE RESTRICCIONES.	15
5.9. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SIMPLIFICADO.....	15
5.10. REGISTRO DE ASEGURADOS.	15
5.11. ALTAS.....	15
5.12. BAJAS.....	16
5.13. REPORTE DE MOVIMIENTOS.	16
5.14. PRIMA.	16
5.15. DIVIDENDOS.	17
5.16. EDAD.....	17
5.17. LIMITES DE EDAD.....	18
5.18. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.	18
5.19. AVISO DE SINIESTRO.....	19
5.20. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.	19
5.21. PAGO DE INDEMNIZACIONES.....	19
5.22. DISPUTABILIDAD.....	22
5.23. SUICIDIO.	22

5.24. MONEDA	22
5.25. COMPETENCIA.	22
5.26. PRESCRIPCIÓN.....	22
5.27. COMUNICACIONES.....	22
5.28. DERECHO AL PAGO.....	23
5.29. NOTIFICACIÓN.	23
6. CLÁUSULA DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	23
7. CLÁUSULA CONTRACTUAL.....	24
8. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	24
9. TRASCIPCIÓN DE LOS ARTICULOS MENCIONADOS EN LAS CONDICIONES.	25
10. DOMICILIO DE LA UNE Y CONDUSEF.....	37
11. REGISTRO	37

1. CONTRATO

Estas condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud, los certificados y consentimientos, los endosos, y el folleto de los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios que se agreguen, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre la Institución y el Contratante.

El objeto del presente contrato es otorgar una indemnización al Asegurado, por los riesgos señalados al amparo del respectivo Certificado Individual.

2. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato, se entiende por:

- ▶ **Accidente:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado, a consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.
- ▶ **Acreditado:** La persona física que tiene celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante.
- ▶ **Asegurado:** El Acreditado, Co-acreditado o Cónyuge que han otorgado su consentimiento respecto a las coberturas de este contrato, las cuales se especifican en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en el contrato.
- ▶ **Beneficiario:** Persona física o moral a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este contrato. Salvo pacto en contrario, es Beneficiario preferente e irrevocable el Contratante de la póliza.
- ▶ **Certificado Individual:** Es el documento en el que se hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, sus datos personales, las coberturas y modalidades contratadas, las sumas aseguradas, la vigencia, la designación de beneficiarios y, en general, los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Institución respecto del seguro contratado.
- ▶ **Co-acreditado:** Persona física, que conjunta y solidariamente con el Acreditado, se obliga ante el Contratante, al cumplimiento del Contrato de Crédito.
- ▶ **Contratante:** La persona que ha celebrado con la Institución de seguros el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago del Saldo Insoluto o Saldo inicial del Crédito que el Contratante ha otorgado a favor del Acreditado y, en su caso Co-acreditado o Cónyuge en los términos señalados en la carátula de póliza y/o en su caso en el Certificado Individual.
- ▶ **Contrato de Crédito:** El acuerdo de voluntades a través del cual el Contratante se obliga a poner una suma de dinero a disposición del Acreditado y en su caso Co-acreditado(s), para que el(los) mismo(s) haga(n) uso del crédito concedido en la forma y en los términos y condiciones convenidos, quedando obligado el Acreditado y en su caso Co-acreditado(s) a restituir al Contratante las sumas de que disponga, o a cubrirlo oportunamente por el importe de la obligación contraídas, y en todo caso a pagarle los intereses, prestaciones, gastos y comisiones que se estipulen.
- ▶ **Cónyuge:** Conforme a lo señalado en el Certificado Individual, se considerará como cónyuge a la esposa o esposo, concubina o concubinario del Asegurado.
- ▶ **Desempleo:** Situación en que se encuentra el Asegurado, al ser separado de su empleo formal con carácter de permanente e indefinido, en la actividad que venía desarrollando y sea privado de su salario, sin que medie causa justificada y responsabilidad del Asegurado.

- ▶ **Enfermedad.-** Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

- ▶ **Grupo Asegurado.-** Conjunto de personas que perteneciendo a un Grupo Asegurable, otorgaron su consentimiento para ser asegurados en términos del presente contrato.
- ▶ **Grupo Asegurable.-** Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común, lícito, previo e independiente a la celebración del presente contrato.
- ▶ **Grupo Deudor:** Conjunto de personas a las cuales el Contratante les ha otorgado un crédito mediante un Contrato de Crédito.

Estos se identificarán en los siguientes tipos de Grupo Deudor:

Grupo Deudor A:	Acreditado. (Modalidad No proporcional).
Grupo Deudor B:	Acreditado con un Co-acreditado. (Modalidad Proporcional o No Proporcional).
Grupo Deudor C:	Acreditado con Cónyuge. (Modalidad Proporcional o No Proporcional).

- ▶ **Importe Máximo de Responsabilidad:** Es la cantidad que en suma y como máximo la Institución está obligada a pagar respecto del Asegurado, por virtud de la cobertura de Desempleo o Invalidez Temporal Total, considerando todos los siniestros de dicha cobertura que se presenten durante la vigencia de la citada cobertura. El Importe Máximo de Responsabilidad es el indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual correspondiente.
- ▶ **Institución:** HSBC Seguros S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- ▶ **Invalidez Temporal Total:** Se entiende como invalidez temporal total el periodo en el que el Asegurado no puede dedicarse a sus ocupaciones profesionales habituales a consecuencia de un Accidente o Enfermedad y además, permanece ingresado en un hospital o guarda reposo en su domicilio.
- ▶ **Invalidez Total y Permanente:** Se considerará invalidez total y permanente cuando el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad quede imposibilitado, absoluta y permanentemente durante el resto de su vida, para desarrollar actividades consistentes con sus conocimientos y aptitudes, a través de las cuales pueda procurarse una remuneración mensual igual o superior al 50% de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del siniestro.
- ▶ **Médico:** Profesionista legalmente autorizado para ejercer la profesión de médico en los Estados Unidos Mexicanos, con título y cédula profesional expedidos o validados por autoridad competente, que no sea familiar del Asegurado.
- ▶ **Monto Inicial del Crédito:** Es la cantidad de dinero otorgada por el Contratante al inicio del Contrato de Crédito.
- ▶ **Padecimiento Preexistente:** Cualquier padecimiento que sufra el Asegurado, a causa de enfermedades preexistentes entendiéndose por éstas aquellas que previamente a la celebración del contrato se haya declarado su existencia, se hubieran manifestado y que haya conocido el Asegurado

antes de la incorporación al Grupo Asegurado, que hubieran sido diagnosticadas por un médico legalmente autorizado o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o que el Asegurado haya efectuado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico y/o padecimiento de que se trate.

- ▶ **Periodo de Carencia:** Es el periodo que transcurre desde el inicio de la incorporación del Asegurado al Grupo Asegurado, durante el cual el Asegurado no está cubierto por el seguro. El periodo de carencia es el especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente o en su defecto se entenderá de 2 (dos) meses. El Periodo de Carencia aplicará exclusivamente a la cobertura de Desempleo e Invalidez Temporal Total y deberá cumplirse al ingresar el Asegurado al Grupo Asegurado y en su caso, cada vez que el Asegurado reingrese al mismo.
- ▶ **Periodo de Espera:** Es el periodo inmediato posterior a la pérdida del empleo o a la invalidez temporal total que debe transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Institución, siempre y cuando subsista el estado de Desempleo o Invalidez Temporal Total, mismo que será el estipulado en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual respectivo o en su defecto se entenderá de 30 (treinta) días naturales, en el caso de Desempleo o de Invalidez Temporal Total por Enfermedad. El Periodo de Espera no aplicará en caso de Invalidez Temporal Total a consecuencia de un Accidente.
- ▶ **Periodo de Gracia:** Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. Cuando el pago de la póliza se realiza de manera fraccionada, contarán con dicho período. Durante este período, el Asegurado goza de la cobertura de la póliza.
- ▶ **Plazo Máximo de Responsabilidad:** Es el periodo de tiempo máximo durante el cual la Institución se responsabiliza a indemnizar por siniestros amparados por las coberturas de Desempleo o Invalidez Temporal Total, respecto del Asegurado. El Plazo Máximo de Responsabilidad será el establecido en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual correspondiente.
- ▶ **Saldo Insoluto del Crédito:** Es el monto que el Asegurado adeuda al Contratante a la fecha de la ocurrencia del siniestro o al mes inmediato anterior a la fecha de reclamación del siniestro, conforme a lo indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual correspondiente.
- ▶ **Suma Asegurada:** Es la cantidad que representa la obligación máxima de la Institución para cada Grupo Deudor, en caso de ocurrir un siniestro. La Suma Asegurada será la establecida en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

3. COBERTURAS Y MODALIDADES.

Las coberturas y modalidades que se establecen en este contrato y que apliquen para cada Asegurado serán las estipuladas en el Certificado Individual.

3.1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

La Institución pagará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada en modalidad proporcional o no proporcional, de conformidad con lo indicado en el Certificado Individual respectivo, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado correspondiente.

La Suma Asegurada podrá consistir en el Monto Inicial del Crédito o en el Saldo Insoluto del Crédito.

Siempre que se estipule como Suma Asegurada el Monto Inicial del Crédito en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, la Institución pagará al Beneficiario designado por el Asegurado, el remanente de la Suma Asegurada de esta cobertura una vez hecho el pago del Saldo Insoluto del Crédito al Beneficiario Preferente.

3.1.1. Modalidad Proporcional por Fallecimiento.

En la modalidad proporcional la Suma Asegurada será pagada por la Institución en la proporción que el Asegurado que sufra el siniestro tenga respecto a los ingresos declarados en la solicitud de crédito.

El Certificado Individual respectivo quedará vigente respecto del Asegurado que sobreviva por la Suma Asegurada proporcional que corresponda a dicho Asegurado.

3.1.2. Modalidad No Proporcional por Fallecimiento.

En la modalidad no proporcional la Suma Asegurada será pagada al cien por ciento por la Institución independientemente del Asegurado establecido en el Certificado Individual correspondiente que sufra el siniestro y en este supuesto, dicho certificado no quedará vigente.

En el supuesto de que en el mismo evento se dé el fallecimiento de todos los Asegurados indicados en el Certificado Individual respectivo, sólo se pagará la cobertura de fallecimiento del Acreditado.

3.2. COBERTURAS POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

La Institución pagará al Beneficiario Preferente la Suma Asegurada en modalidad proporcional o no proporcional de conformidad con lo indicado en el Certificado Individual respectivo, al ocurrir el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado correspondiente.

La Suma Asegurada podrá consistir en el Monto Inicial del Crédito o en el Saldo Insoluto del Crédito.

Siempre que se estipule como Suma Asegurada el Monto Inicial del Crédito en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, la Institución pagará al Beneficiario designado por el Asegurado, el remanente de la Suma Asegurada de esta cobertura una vez hecho el pago del Saldo Insoluto al Beneficiario Preferente.

Para la determinación de un estado de Invalidez Total y Permanente se requerirá que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo de espera no menor al estipulado en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual o en su defecto de 6 meses, contado a partir de que fue determinada.

Para poder decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que la enfermedad, padecimiento o pérdida no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos y avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro o que de existir dicha posibilidad de cura, los avances mencionados no sean accesibles al Asegurado por tiempo o costo.

Los dictámenes de invalidez o incapacidad que realicen institutos de seguridad social u otros organismos no son concluyentes de la existencia de un estado de Invalidez Total y Permanente en términos de este contrato.

En todo caso, para tener derecho al pago de la Suma Asegurada, el Asegurado deberá acreditar a la Institución su estado de invalidez, presentando las pruebas fehacientes de dicho estado, así como las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, además de lo establecido en la cláusula de Comprobación del Siniestro, dictamen avalado por una institución de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente. La Institución, para determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, deberá apoyarse en un dictamen avalado por una institución de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos.

3.2.1. Modalidad Proporcional por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.

En la modalidad proporcional la Suma Asegurada será pagada por la Institución en la proporción que el Asegurado que sufra el siniestro tenga respecto a los ingresos declarados en la solicitud de crédito.

El Certificado Individual respectivo quedará vigente respecto del Asegurado que sobreviva o no se invalide total y permanentemente por la Suma Asegurada proporcional que corresponda a dicho Asegurado.

3.2.2. Modalidad No Proporcional por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.

En la modalidad no proporcional la Suma Asegurada será pagada al cien por ciento por la Institución independientemente del Asegurado establecido en el Certificado Individual correspondiente que sufra el siniestro y en este supuesto, dicho certificado no quedará vigente.

En el supuesto de que en el mismo evento se dé el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de todos los Asegurados indicados en el Certificado Individual respectivo, sólo se pagará la cobertura de fallecimiento o la cobertura de Invalidez Total y Permanente del Acreditado.

3.3. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

La cobertura por Invalidez Total y Permanente (en su modalidad proporcional y no proporcional) no cubre y expresamente excluyen el estado de Invalidez Total y Permanente que sufra el Asegurado:

a. Originado por participar el Asegurado en:

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.**
- **Actos delictivos de carácter intencional, en los que participe directamente el Asegurado.**
- **Vuelos en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.**

- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
 - Riña, cuando el Asegurado la haya provocado.
 - Motociclismo.
- b. Durante los dos primeros años de haber estado continuamente asegurados, intento de suicidio, lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado.
- c. Por envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- d. Provocado por culpa grave del Asegurado. Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado cualquier estado de Invalidez Total y Permanente que sea consecuencia de encontrarse dicho Asegurado en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.
- e. Por padecer el Asegurado Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.
- f. Se considera una condición preexistente aquella que se originó o diagnosticó el estado de invalidez con anterioridad al inicio de vigencia del contrato, o que tenga conocimiento el Asegurado antes de la incorporación al Grupo Asegurado; que hubieran sido diagnosticadas por un médico legalmente autorizado o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico que claramente indiquen que dicha enfermedad pueda llegar a generar un estado de invalidez o incapacidad futura.
- g. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.
- h. Cuando la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

4. COBERTURA DE DESEMPLEO O POR INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL

Estas coberturas se sujetarán a los términos siguientes:

4.1. COBERTURA DE DESEMPLEO

Sujeto a que trascurra el periodo de carencia, la Institución pagará al Beneficiario Preferente hasta la Suma Asegurada señalada en la carátula de la póliza o en el Certificado Individual respectivo, en el evento del Desempleo del Asegurado correspondiente, siempre y cuando también haya transcurrido el Periodo de Espera.

En el periodo de carencia el Asegurado no está cubierto por el seguro. El periodo de carencia inicia en la fecha de la incorporación del Asegurado al Grupo Asegurado y termina en el plazo especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente o en su defecto en el plazo de 2 (dos) meses. El periodo de carencia deberá cumplirse al incorporarse el Asegurado al Grupo Asegurado y cada vez que el Asegurado se reincorpore al mismo en caso de que en la propia carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual se prevea la posibilidad de reinstalación del seguro.

La Suma Asegurada que corresponda a la póliza y/o Certificado Individual, será cubierta por la Institución al Beneficiario Preferente mientras subsista el estado de Desempleo del Asegurado, hasta por el Plazo Máximo de Responsabilidad y hasta una suma no superior al Importe Máximo de Responsabilidad.

4.1.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO

Únicamente podrá tener el carácter de Asegurado para esta cobertura, aquella persona que reúna los siguientes requisitos:

- a) Ser persona física.
- b) Tener el carácter de Trabajador en los términos de este Contrato.
- c) Hayan estado sujetos a una o más relaciones de trabajo, de manera ininterrumpida, al menos los 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro.
- d) Para los trabajadores sujetos al apartado B del artículo 123 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se requerirá, que tenga una relación de trabajo ininterrumpida por un periodo mínimo de 12 meses previos al aseguramiento a través de cualquier modalidad de contratación (temporal, planta, confianza, entre otras), pero deberá en todo caso estar documentada la continuidad de esta relación laboral a través de los contratos o asignaciones específicas; sin lo cual no podrá ser considerado sujeto de aseguramiento.

Adicionalmente, tratándose de la contratación temporal será necesario acreditar la existencia de al menos dos períodos de contratación sucesivos.

Cualquier persona que no reúna los requisitos establecidos no tendrá el carácter de Asegurado en la cobertura de Desempleo.

Para acreditar el desempleo el Asegurado debe entregar a la Institución, dentro de los 15 días naturales siguientes al siniestro o cualquier otro plazo que la Institución le haya otorgado por escrito, la documentación siguiente:

- a) Carta reclamación indicando los hechos ocurridos. Esta carta debe ser lo más detallada posible.
- b) Copia de identificación oficial vigente del asegurado.
- c) Copia de comprobante de domicilio de los últimos tres meses.
- d) Copia del Contrato laboral y en caso de no tenerlo, copia simple de la constancia laboral.

- e) Copia del finiquito por concepto de gratificación, indemnización o liquidación o carta elaborada por el patrón, Dependencia, Entidad u Organismo en hoja membretada y firmada o sellada en donde se indique la causa de la baja y en su caso, la demanda presentada ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje o el correspondiente de los Estados.
- f) Copia simple de los dos últimos recibos en caso de que cuente con ellos.
- g) Copia del alta y baja del Asegurado ante el instituto de seguridad social que corresponda.
- h) Hacer del conocimiento de la Institución si cuenta con otros seguros que amparen el mismo riesgo.

4.1.2. COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE DESEMPLEO.

La Institución se reserva la facultad de verificar en cualquier momento el estado de desempleo del Asegurado y de solicitar a éste, cualquier información y documentación necesaria para acreditar durante el plazo máximo de responsabilidad indubitadamente que no continua laborando, así como cualquier clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

4.1.3. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO.

Quedan excluidos y no serán amparados por la Cobertura de Desempleo, el estado de Desempleo que sufra el Asegurado:

- a) **Que se inicie dentro del periodo de carencia. Esta exclusión opera cada vez que se contrate la cobertura o ingrese el Asegurado al grupo asegurado (en su caso).**
- b) **Por jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**
- c) **Por renuncia o pérdida voluntaria del empleo.**
- d) **Por incidente nuclear.**
- e) **Por participar el Asegurado en paros, disputas laborales o huelgas.**
- f) **Derivado de programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.**
- g) **Que hubiera sido comunicado por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura.**
- h) **Cuando un familiar del Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad, fuera el patrón o administrador de la empresa en dónde el Asegurado presta sus servicios laborales subordinados y/o si el Asegurado fuera socio ya sea con o sin presencia o representación directa en los órganos de Administración de la Sociedad.**
- i) **Derivado de la terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado.**
- j) **Relacionado con una Enfermedad o lesión del Asegurado.**

- k) Derivado de la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el Patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones, de la Ley Federal del Trabajo y los correlativos de la ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado o disposiciones similares.**
- l) Derivado de que el Asegurado que no se encuentre sujeto a relación de subordinación alguna y perciba un ingreso por sus actividades (ej. Profesionistas, comerciantes independientes y auto empleados).**

Asimismo, esta Cobertura no cubrirá al Asegurado que sufra una Invalidez Temporal Total.

4.2. COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL

La Institución pagará al Beneficiario Preferente hasta la Suma Asegurada señalada en la carátula de la póliza o en el Certificado Individual respectivo, en el evento de Invalidez Temporal Total del Asegurado correspondiente.

Sí como consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad y dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha de dicho Accidente o de la detección de la citada Enfermedad, el Asegurado sufriera un estado de Invalidez Temporal Total, la Institución pagará al Contratante, una vez transcurrido el Periodo de Espera, mientras subsista dicho estado y no se rebase el Importe Máximo de Responsabilidad, la Indemnización Mensual en los términos establecidos en la Póliza y/o Certificado Individual.

En el periodo de carencia el Asegurado no está cubierto por el seguro. El periodo de carencia inicia en la fecha de la incorporación del Asegurado al Grupo Asegurado y termina en el plazo especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente o en su defecto en el plazo de 2 (dos) meses. El periodo de carencia deberá cumplirse al incorporarse el Asegurado al Grupo Asegurado y cada vez que el Asegurado se reincorpore al mismo en caso de que en la propia carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual se prevea la posibilidad de reinstalación del seguro.

4.2.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

La presente Cobertura de Invalidez Temporal Total sólo aplicará y cubrirá al Asegurado que no se encuentre cubierto por la Cobertura de Desempleo y además cumpla los siguientes requisitos:

- a) Ser persona física, profesionista, industrial o comerciante independiente y tener ingresos fiscalmente comprobables derivados de dicha actividad.
- b) Encontrarse dado de alta en el Registro Federal de Contribuyentes.
- c) No estar sujeto a relación de trabajo alguno.

Conforme a lo indicado, esta Cobertura no es aplicable respecto de personas cuyos ingresos no deriven de su actividad personal y directa (ej. Rentistas, inversionistas, etc.).

Asimismo, cuando aplique la Cobertura de Desempleo a un Asegurado no operará la Cobertura de Invalidez Temporal Total y viceversa.

4.2.2. COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

La Institución se reserva la facultad de verificar en cualquier momento el estado de invalidez temporal total del Asegurado y de solicitar a éste, cualquier información y documentación necesaria para acreditar durante el periodo máximo de responsabilidad indubitadamente que continúa en estado de invalidez temporal total, así como cualquier clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

4.2.3. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL

Queda excluido y no está amparado por la Cobertura de Invalidez Temporal Total, el Asegurado que sufra un estado de Invalidez Temporal Total derivado de:

- a) **Accidentes que sufra el Asegurado por:**
 - **Participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - **Participar directamente el Asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier tipo.**

- b) **Se considera una condición preexistente aquella que se originó o diagnosticó el estado de invalidez con anterioridad al inicio de vigencia del contrato, o que tenga conocimiento el Asegurado antes de la incorporación al Grupo Asegurado; que hubieran sido diagnosticadas por un médico legalmente autorizado o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico que claramente indiquen que dicha enfermedad pueda llegar a generar un estado de invalidez o incapacidad futura**
 - **Lesiones autoinflingidas por parte del Asegurado, aun cuando se presenten estando el Asegurado en estado de enajenación mental.**

- c) **Salvo pacto en contrario, Accidentes que se originen por participar el Asegurado en actividades como:**
 - **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
 - **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - **Conducir o transportarse en motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**

- **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**

Asimismo se excluye y en forma expresa no se cubre al Asegurado que se encuentre amparado por la Cobertura de Desempleo.

5. CLAUSULAS GENERALES

5.1. CONTRATO.

Estas Condiciones Generales, la solicitud, la carátula de la póliza, los certificados y los consentimientos, los endosos y el Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios que se agreguen constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre la Institución y el Contratante.

5.2. VIGENCIA.

La vigencia de este Contrato inicia y termina en las fechas estipuladas en la carátula de la póliza.

5.3. RENOVACIÓN.

El Contrato será renovado por periodos de un año, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre y cuando dentro de los 30 días naturales anteriores a la terminación, alguna de las partes no dé aviso a la otra de su voluntad de no renovarla.

En cada fecha de renovación, la Institución se reserva el derecho de modificar las primas para los integrantes del Grupo Asegurado, de conformidad con el producto registrado.

5.4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito en endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia cualquier persona no autorizada por la Institución, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que 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 de Seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a la Institución por escrito, en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de la Institución llegare a ser diferente de la que consta en la póliza expedida, procederá conforme a los señalado por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.5. TERMINACIÓN.

El certificado individual correspondiente se dará por terminado en caso de que se presente el fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado o al terminarse el periodo de Vigencia del Contrato de Crédito, lo que ocurra primero.

5.6. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO.

El Contrato se cancelará de forma anticipada:

a. A petición del Contratante o Asegurado.- La póliza quedará cancelada si el Contratante o Asegurado lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación se hará efectiva a la fecha del último día del periodo pagado.

Será necesaria la conformidad del Beneficiario Preferente para que surta efectos la cancelación, salvo el caso que la cancelación sea solicitada por el Cónyuge.

b. Automática.- Si la prima no hubiese sido pagada por el Contratante una vez transcurrido su periodo de gracia.

5.7. CANCELACIÓN POR EDAD.

Cada Cobertura se cancelará automáticamente cuando el Asegurado cumpla la edad, conforme a lo establecido en el Certificado Individual.

5.8. CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este Contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, viajes o modo de vida del Asegurado.

5.9. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SIMPLIFICADO.

El Contratante deberá remitir información periódica a la Institución respecto de lo siguiente:

a.- El ingreso al Grupo de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento,

b.- La separación definitiva de Integrantes del Grupo asegurado;

c.- Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y

d.- Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

5.10. REGISTRO DE ASEGURADOS.

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Institución mantendrá un Registro de Asegurados.

5.11. ALTAS.

La cobertura iniciará desde el momento en que la persona respectiva sea incorporada al Grupo Asegurado y cumpla los requisitos al efecto establecidos.

Las personas que ingresen al Grupo 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.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo 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 de la misma, la Institución, 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 Institución 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.

5.12. BAJAS.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Institución restituirá al Contratante la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Por su parte el Contratante devolverá al Asegurado la fracción de la prima que corresponda.

En caso de que se haya contratado la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado que se invalide total y permanentemente causará baja en el momento en que reciba los beneficios de la cobertura correspondiente.

5.13. REPORTE DE MOVIMIENTOS.

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, baja y aumento o disminución de beneficios y/o coberturas, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio en contrario.

5.14. PRIMA.

El Contratante deberá pagar la Prima anual a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada; ya sea mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Institución determine en la fecha de emisión de cada recibo.

La Prima anual o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. Lo anterior, sin perjuicio del Periodo de Gracia que goza el Contratante. En el caso de que el pago de la Prima anual o de alguna de sus fracciones no se realice dentro del Periodo de Gracia, se cancelará en forma automática este contrato de acuerdo con lo establecido en los artículos 37 y 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.15. DIVIDENDOS.

El Contratante y el Asegurado, en caso de que contribuya al pago de la prima, podrán participar, en la proporción que corresponda, de la utilidad por mortalidad favorable que obtenga la Institución en la cartera de seguros de grupo de este tipo, sobre las bases registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

De acuerdo a lo anterior la determinación de los dividendos se podrá realizar conforme a la experiencia global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.

Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

El Contratante y los Asegurados, en la proporción con que contribuyan al pago de la prima, participarán anualmente en las utilidades que obtenga la Institución en la cartera de pólizas del tipo de Seguro al que corresponde el presente contrato, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los dividendos se otorgarán con base en la experiencia general de la cartera.

Cuando ya se hayan pagado los dividendos completos correspondientes a una vigencia y se presente cualquier otra reclamación por siniestros ocurridos durante dicha vigencia y en caso de que el siniestro proceda, la Institución realizará una revisión de los dividendos pagados y de ser el caso, se realizará la recuperación del monto que corresponda hasta por la cantidad igual a la(s) Suma(s) Asegurada(s) reclamada(s) con tope del dividendo pagado en la vigencia correspondiente. El Contratante deberá efectuar dicha devolución en un plazo no mayor a 30 días naturales.

La Institución de Seguros no realizará pagos por dicho concepto que deriven de una experiencia favorable en siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al asegurado, beneficiario o contratante de la póliza, según se convenga en el contrato.

Esta cláusula de dividendos será aplicable, siempre y cuando, en la carátula de la Póliza se estipule expresamente la procedencia de los dividendos.

5.16. EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la fecha de inicio de Vigencia del Contrato.

La Institución podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado al inicio del Contrato de seguro

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la Institución no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Institución, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad real del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución y el Contrato se encuentra vigente, se aplicarán las siguientes reglas:

Edad Menor: Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la Suma Asegurada se reducirá a la que le hubiera correspondido si se hubiera declarado la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del Contrato.

Edad Mayor: Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro del Asegurado se confirma que la edad manifestada por el Asegurado fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se pagará la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran podido contratar de acuerdo con la edad real y con las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato.

Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, la Institución tendrá derecho a solicitar el pago de lo indebido respecto de lo que se hubiera pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.

5.17. LIMITES DE EDAD.

Los límites de edad para la aceptación, así como para la renovación para cada una de las coberturas, son los siguientes:

COBERTURA	Límite de Edad
COBERTURA PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO	18 - 70
COBERTURA NO PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO	18 - 70
COBERTURA PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	18 - 70
COBERTURA NO PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	18 - 70
COBERTURA DE DESEMPLEO	18 - 59
COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL	18 - 59

En los Certificados Individuales se señalarán los límites que correspondan a las coberturas aplicables a cada uno de los Asegurados.

5.18. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante y/o Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Institución, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5.19. AVISO DE SINIESTRO.

Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

El asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días hábiles para el aviso que deberá ser por escrito o por vía telefónica.

5.20. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

La Institución tendrá derecho de exigir del Asegurado o el Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo

5.21. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada será deducida del pago de la indemnización correspondiente.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Invalidez Temporal Total	Desempleo
Documentos necesarios del asegurado				
▶ Acta de defunción del asegurado (original o copia certificada)	x			
▶ Acta de nacimiento (copia simple)	x	x		
▶ Cuando las causas del siniestro sean violentas: se requerirá presentar constancia detallada de las actuaciones completas del Ministerio Público (copia certificada)	x	x	x	
▶ Dictamen de Invalidez y/o médico emitido por el IMSS o ISSSTE. En caso de dictamen emitido por médico particular será necesaria historia clínica completa del asegurado detallando antecedentes de salud, anteriores y posteriores a la fecha de contratación de la póliza (original o copia certificada)		x	x	

▶ Formato de Declaración No. 2, "RECLAMACIÓN PARA EL PAGO DEL SEGURO DE INVALIDEZ Y/O PERDIDAS ORGÁNICAS" requisitado y firmado por el asegurado (anverso) y médico tratante (reverso). Formato proporcionado por la Institución de Seguros (original)		X		
▶ Formato de "Reclamación de Pago de Indemnización por Siniestro". Formato proporcionado por la Institución de Seguros (original) (en caso de Invalidez este formato aplica al asegurado)		X		
▶ Copia Simple de Documentación que compruebe la actividad económica del asegurado.			X	
▶ Carta de no afiliación o No Vigencia de Derechos del Asegurado ante: IMSS: Reporte de semanas cotizadas, obtenida de la página: www.imss.gob.mx ISSSTE: Constancia de no vigencia			X	
▶ Original de Formato de Declaración Reclamación por Invalidez Temporal Total. Para ser llenado por el Asegurado. Formato Proporcionado por la Institución de Seguros			X	
▶ Liquidación y/o Laudo Arbitral, Convenio celebrado en la Junta de Conciliación y Arbitraje. (Comprobante del pago)				X
▶ Copia simple del Contrato laboral en caso de tenerlo.				X
▶ En caso de que el Asegurado no cuente con el documento referido anteriormente, deberá presentar Constancia Laboral del último trabajo (Emitida por el Patrón) indicando: Fecha de Ingreso, Fecha de Baja, Tipo de Contrato Laboral, Motivo de Término de Relación Laboral				X
▶ Copia simple de los dos últimos recibos en caso de que cuente con ellos.				X

▶ Alta y Baja del Asegurado ante IMSS: Reporte de semanas cotizadas, obtenida de la página: www.imss.gob.mx ISSSTE: Constancia de No Vigencia				X
▶ En caso de ser Instituto de Seguridad Social diferente a IMSS o ISSSTE, será necesario presentar Constancia de No Afiliación o No Vigencia de Derechos.				X
▶ Documentación que Compruebe 12 meses de Actividad laboral antes de la fecha de desempleo.				X
▶ Original de Formato de Declaración Reclamación por Desempleo - Para ser llenado por el Asegurado. Formato Proporcionado por la Institución de Seguros.				X
▶ Original de Formato de Declaración Reclamación por Desempleo - Para ser llenado por el Ex Patrón. Formato Proporcionado por la Institución de Seguros.				X
Documentos necesarios del beneficiario				
▶ Acta de nacimiento del beneficiario (copia simple)	X			
▶ Identificación oficial del beneficiario	X			
▶ Comprobante de domicilio del beneficiario	X			
▶ Acta de matrimonio, en caso de que el beneficiario sea el Cónyuge o los hijos menores de edad (copia simple)	X			
▶ Formato de "Reclamación de Pago de Indemnización por Siniestro". Formato proporcionado por la Institución de Seguros (original) (en caso de Invalidez este formato aplica al asegurado)	X			
▶ Formato de declaración No. 1 "RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTROS DEL SEGURO DE VIDA" requisitado y firmado por beneficiario(s) (anverso) formato proporcionado por la Institución de Seguros (original)	X			

5.22. DISPUTABILIDAD.

Este Contrato, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Asegurado para la apreciación del riesgo al formular la solicitud del seguro.

5.23. SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años, contados a partir de la fecha del ingreso al Grupo Asegurable, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la Institución únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

5.24. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a la Ley Monetaria vigente a la fecha del pago respectivo.

5.25. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Institución o a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto en contrario será nulo.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competes.

5.26. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en los términos que establece el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen; cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos, salvo las excepciones consignadas en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias; por el nombramiento de peritos y por las causas establecidas en la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Institución, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

5.27. COMUNICACIONES.

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de la Institución en su domicilio. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado o a sus beneficiarios o causahabientes, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto o mediante correo electrónico.

5.28. DERECHO AL PAGO.

La designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida, y

En el caso de que la suma asegurada convenida exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

5.29. NOTIFICACIÓN.

El acreditado asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Institución de Seguros pague al acreditante beneficiario del seguro, el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios;

La Institución de Seguros se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Institución de Seguros pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, y

El acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Institución de Seguros, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en párrafo que antecede

6. CLÁUSULA DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.

El Contratante y/o Asegurado que haya otorgado su consentimiento podrán realizar a través de Medios Electrónicos tales como página de internet, vía telefónica y cajeros automáticos de HSBC México, siempre que dicho medio lo permita, las Operaciones Electrónicas siguientes:

- a) Contratación, cancelación, solicitud, aceptación o emisión de endosos del contrato de seguro
- b) Modificación de designación de beneficiarios
- c) Alta y modificación del medio de notificación al Contratante y/o Asegurado,
- d) Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado
- e) Desbloqueo de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP), así como para la reactivación del uso de los servicios de Operaciones Electrónicas
- f) Modificación de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) por parte del Contratante y/o Asegurado.
- g) Solicitud de pago de rescate.

La Institución pone a disposición del Contratante y/o Asegurado, las condiciones de uso las cuales se encuentran en su página de Internet para su consulta en cualquier momento y utilización de los Medios Electrónicos.

La Institución solicitará los datos de algún medio de comunicación, tales como su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para la recepción de Mensajes, a fin de que se le hagan llegar las notificaciones al Contratante y/o Asegurado de la Operación Electrónica realizada.

Las Operaciones Electrónicas realizadas a través de Medios Electrónicos tendrán validez y no podrán ser desconocidos, repudiados, rechazados o revocados por el Contratante y/o Asegurado, así como por la Institución.

7. CLÁUSULA CONTRACTUAL

La Institución está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

Si el seguro se contrató a través de:	Su medio de entrega será:
Ejecutivo de HSBC México.	De manera Personal en la Sucursal de HSBC México, envío a domicilio o correo electrónico.

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados.

Si el Asegurado o Contratante no recibe la documentación deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose de la Ciudad de México y área Metropolitana al teléfono 57213322 o del Interior de la República Mexicana sin costo al teléfono 0155 57213322, donde le indicarán la forma de obtener la documentación de su seguro contratado.

8. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de la Institución cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 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 empresa en lo sucesivo. (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera 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 cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro. (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas. Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

9. TRASCRIPTIÓN DE LOS ARTICULOS MENCIONADOS EN LAS CONDICIONES.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO.

Artículo 47.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:
I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador;

II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, o en contra de clientes y proveedores del patrón, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;

III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo;

IV. Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;

V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;

VI. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio;

VII. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él;

VIII. Cometer el trabajador actos inmorales o de hostigamiento y/o acoso sexual contra cualquier persona en el establecimiento o lugar de trabajo;

IX. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;

X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;

XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;

XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;

XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico;

XIV. La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo;

XIV Bis. La falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio cuando sea imputable al trabajador y que exceda del periodo a que se refiere la fracción IV del artículo 43; y

XV. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere.

El patrón que despida a un trabajador deberá darle aviso escrito en el que refiera claramente la conducta o conductas que motivan la rescisión y la fecha o fechas en que se cometieron.

El aviso deberá entregarse personalmente al trabajador en el momento mismo del despido o bien, comunicarlo a la Junta de Conciliación y Arbitraje competente, dentro de los cinco días hábiles siguientes, en cuyo caso deberá proporcionar el último domicilio que tenga registrado del trabajador a fin de que la autoridad se lo notifique en forma personal.

La prescripción para ejercer las acciones derivadas del despido no comenzará a correr sino hasta que el trabajador reciba personalmente el aviso de rescisión.

La falta de aviso al trabajador personalmente o por conducto de la Junta, por sí sola determinará la separación no justificada y, en consecuencia, la nulidad del despido.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 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 empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera 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 cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa 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 el artículo anterior.

Artículo 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

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 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o

árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las

características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios,

empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.
- II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

- 1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
- 2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;
- 3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
- 4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
- 5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Artículo 123.- Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán: ...

B. Entre los Poderes de la Unión y sus trabajadores:

- I. La jornada diaria máxima de trabajo diurna y nocturna será de ocho y siete horas respectivamente. Las que excedan serán extraordinarias y se pagarán con un ciento por ciento más de la remuneración fijada para el servicio ordinario. En ningún caso el trabajo extraordinario podrá exceder de tres horas diarias ni de tres veces consecutivas;
- II. Por cada seis días de trabajo, disfrutará el trabajador de un día de descanso, cuando menos, con goce de salario íntegro;
- III. Los trabajadores gozarán de vacaciones que nunca serán menores de veinte días al año;

- IV. Los salarios serán fijados en los presupuestos respectivos sin que su cuantía pueda ser disminuida durante la vigencia de éstos, sujetándose a lo dispuesto en el artículo 127 de esta Constitución y en la ley.

En ningún caso los salarios podrán ser inferiores al mínimo para los trabajadores en general en las entidades federativas.

- V. A trabajo igual corresponderá salario igual, sin tener en cuenta el sexo;
- VI. Sólo podrán hacerse retenciones, descuentos, deducciones o embargos al salario, en los casos previstos en las leyes;
- VII. La designación del personal se hará mediante sistemas que permitan apreciar los conocimientos y aptitudes de los aspirantes. El Estado organizará escuelas de Administración Pública;
- VIII. Los trabajadores gozarán de derechos de escalafón a fin de que los ascensos se otorguen en función de los conocimientos, aptitudes y antigüedad. En igualdad de condiciones, tendrá prioridad quien represente la única fuente de ingreso en su familia;
- XI (sic 05-12-1960). Los trabajadores sólo podrán ser suspendidos o cesados por causa justificada, en los términos que fije la ley.

En caso de separación injustificada tendrá derecho a optar por la reinstalación en su trabajo o por la indemnización correspondiente, previo el procedimiento legal. En los casos de supresión de plazas, los trabajadores afectados tendrán derecho a que se les otorgue otra equivalente a la suprimida o a la indemnización de ley;

- X. Los trabajadores tendrán el derecho de asociarse para la defensa de sus intereses comunes. Podrán, asimismo, hacer uso del derecho de huelga previo el cumplimiento de los requisitos que determine la ley, respecto de una o varias dependencias de los Poderes Públicos, cuando se violen de manera general y sistemática los derechos que este artículo les consagra;
- XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:
- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
 - b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.
 - c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora

cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.
- e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.
- f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construirlas, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social regulándose en su Ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos.

- XII. Los conflictos individuales, colectivos o intersindicales serán sometidos a un Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje integrado según lo prevenido en la ley reglamentaria.

Los conflictos entre el Poder Judicial de la Federación y sus servidores serán resueltos por el Consejo de la Judicatura Federal; los que se susciten entre la Suprema Corte de Justicia y sus empleados serán resueltos por esta última.

- XIII. Los militares, marinos, personal del servicio exterior, agentes del Ministerio Público, peritos y los miembros de las instituciones policiales, se regirán por sus propias leyes.

Los agentes del Ministerio Público, los peritos y los miembros de las instituciones policiales de la Federación, las entidades federativas y los Municipios, podrán ser separados de sus cargos si no cumplen con los requisitos que las leyes vigentes en el momento del acto señalen para permanecer en dichas instituciones, o removidos por incurrir en responsabilidad en el desempeño de sus funciones. Si la autoridad jurisdiccional resolviere que la separación, remoción, baja, cese o cualquier otra forma de terminación del servicio fue injustificada, el Estado sólo estará obligado a pagar la indemnización y demás prestaciones a que tenga derecho, sin que en ningún caso proceda su reincorporación al servicio, cualquiera que sea el resultado del juicio o medio de defensa que se hubiere promovido.

Las autoridades federales, de las entidades federativas y municipales, a fin de propiciar el fortalecimiento del sistema de seguridad social del personal del

Ministerio Público, de las corporaciones policiales y de los servicios periciales, de sus familias y dependientes, instrumentarán sistemas complementarios de seguridad social.

El Estado proporcionará a los miembros en el activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, las prestaciones a que se refiere el inciso f) de la fracción XI de este apartado, en términos similares y a través del organismo encargado de la seguridad social de los componentes de dichas instituciones.

XIII bis. El banco central y las entidades de la Administración Pública Federal que formen parte del sistema bancario mexicano regirán sus relaciones laborales con sus trabajadores por lo dispuesto en el presente Apartado.

XIV. La ley determinará los cargos que serán considerados de confianza. Las personas que los desempeñen disfrutarán de las medidas de protección al salario y gozarán de los beneficios de la seguridad social.

10. DOMICILIO DE LA UNE Y CONDUSEF

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la:

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Código Postal 06500, entre Río Tíber y Río Guadalquivir, Frente al Ángel de la Independencia.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 a 15:00 horas.

Teléfonos: (55) 5721-5661

Correo electrónico: mexico_une@hsbc.com.mx.

Para consultar los datos del encargado regional de la Entidad Federativa a la que pertenece llame al teléfono UNE, acuda a la Sucursal más cercana, en la cual encontrará publicado el Directorio de Encargados Regionales o ingrese al Portal de CONDUSEF.

CONDUSEF: Insurgentes Sur número. 762. Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez. Código Postal 03100, Ciudad de México Teléfono (55) 5340 – 0999 y (01 800) 999 8080 o visite la página de internet www.condusef.gob.mx Correo electrónico de atención: asesoria@condusef.gob.mx

11. REGISTRO

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 10 de julio del 2019, con el número CNSF-S0077-0102-2019, del día 27 de octubre del 2021 con el número CGEN-S0077-0106-2021/ CONDUSEF-003538-05.

Endoso general para modificar los requisitos para la reclamación del siniestro.

Mediante el presente endoso general se modifica la cláusula **5.21. Pago de Indemnizaciones** de las Condiciones Generales del Seguro Vida Grupo de Operaciones Financieras para los seguros registrados bajo la Operación de Vida, a efecto de disminuir la carga de los documentos que debe presentar el Asegurado para la cobertura de Desempleo y adicionar un requisito para la cobertura de Invalidez Temporal Total, para quedar redactada bajo los términos siguientes.

5.21. PAGO DE INDEMNIZACIONES:

La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada será deducida del pago de la indemnización correspondiente.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Invalidez Temporal Total	Desempleo
Documentos necesarios del Asegurado				
▶ Acta de defunción del asegurado (original o copia certificada)	x			
▶ Acta de nacimiento (copia simple)	x	x		
▶ Cuando las causas del siniestro sean violentas: se requerirá presentar constancia detallada de las actuaciones completas del Ministerio Público (copia certificada)	x	x	x	
▶ Dictamen de Invalidez y/o médico emitido por el IMSS o ISSSTE. En caso de dictamen emitido por médico particular será necesaria historia clínica completa del asegurado detallando antecedentes de salud, anteriores y posteriores a la fecha de contratación de la póliza (original o copia certificada)		x	x	

<p>► Formato de Declaración No. 2, "RECLAMACIÓN PARA EL PAGO DEL SEGURO DE INVALIDEZ Y/O PERDIDAS ORGÁNICAS" requisitado y firmado por el asegurado (anverso) y médico tratante (reverso). Formato proporcionado por la Institución de Seguros (original)</p>		x		
<p>► Formato de "Reclamación de Pago de Indemnización por Siniestro". Formato proporcionado por la Institución de Seguros (original) (en caso de Invalidez este formato aplica al asegurado)</p>		x		
<p>► Copia Simple de Documentación que compruebe la actividad económica del asegurado.</p>			x	
<p>► En caso de haber laborado en Institución Privada : IMSS: Reporte de semanas cotizadas, obtenida de la página: www.imss.gob.mx En caso de haber laborado en el Gobierno ISSSTE: Constancia de no vigencia o Expediente Electrónico Único. En caso de ser Instituto de Seguridad Social diferente o que no haya sido afiliado al IMSS o ISSSTE será necesario presentar Constancia de No Vigencia de Derechos ante IMSS o ISSSTE</p>			x	x
<p>► Formato de Declaración Reclamación por Invalidez Temporal Total. Para ser llenado por el Asegurado. (Formato proporcionado por la Institución de Seguros) Original</p>			x	
<p>► Acreditar Identidad del Asegurado a través de Identificación oficial INE o IFE o Pasaporte o Cedula Profesional o Cartilla Militar/ FM2 y FM3 en caso de ser extranjero y comprobante de domicilio (copia simple sólo en caso de que el beneficiario cuente con ella)</p>			x	x
<p>► Comprobante del estado del desempleo lo cual podrá acreditar con la Liquidación o finiquito</p>				x

expedido por la empresa y comprobante de pago <input type="checkbox"/> Carta membretada de la empresa con motivo de baja <input type="checkbox"/> Convenio de terminación laboral <input type="checkbox"/> demanda presentada ante la junta de conciliación por despido injustificado <input type="checkbox"/> Formato de reclamación llenado y sellado por el ex patrón (copia simple)				
▶ Acreditación de que se cuenta con 12 meses continuos como empleado lo cual podrá hacerse con Constancia laboral con fecha de ingreso y de baja <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo <input type="checkbox"/> Recibos de nómina de los últimos 12 meses trabajados de manera continua <input type="checkbox"/> Constancia de semanas cotizadas ante el IMSS (copia simple).				X
▶ Formato de reclamación que le será proporcionado por la Institución, llenado y firmado por el Asegurado (copia simple)				X

Documentos necesarios del Beneficiario				
▶ Acta de nacimiento del beneficiario (copia simple)	X			
▶ Identificación oficial del beneficiario	X			
▶ Comprobante de domicilio del beneficiario (copia simple)	X			
▶ Acta de matrimonio, en caso de que el beneficiario sea el Cónyuge o los hijos menores de edad (copia simple)	X			
▶ Formato de "Reclamación de Pago de Indemnización por Siniestro". Formato proporcionado por la Institución de Seguros (original) (en caso de Invalidez este formato aplica al asegurado)	X			
▶ Formato de declaración No. 1 "RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTROS DEL SEGURO DE VIDA" requisitado y firmado por beneficiario(s) (anverso) formato proporcionado por la Institución de Seguros (original)	X			

Datos de la Póliza:



Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. - Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adicciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. - Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Salvo lo modificado mediante el presente endoso, los demás términos y condiciones del **Seguro Vida Grupo de Operaciones Financieras** contratado quedan sin modificación alguna.

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 27 de octubre del 2021 con el número CGEN-S0077-0106-2021/ CONDUSEF-003538-05.