

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

“Seguro Vida Individual T5”

Fecha

29 de mayo de 2020

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, de lo contrario entenderemos que cumplimos con las expectativas.

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”

INDICE

I. DEFINICIONES	4
II. COBERTURA BÁSICA	5
1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO	5
III. COBERTURAS ADICIONALES	5
1. MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y, EN SU CASO, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAPOC).....	5
1.1. MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO).....	6
1.1.1 MUERTE ACCIDENTAL	6
1.1.2 PÉRDIDAS ORGÁNICAS	6
1.2. MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAC).....	7
2. EXCLUSIONES	7
3. BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS	8
IV. COBERTURAS OPCIONALES	8
1. COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	8
2. EXCLUSIONES	9
V. CLÁUSULAS GENERALES.....	10
1. MODIFICACIONES AL CONTRATO	10
2. CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	10
3. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.....	10
4. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.....	11
5. DISPUTABILIDAD	11
6. SUICIDIO.....	11
7. EDAD.....	12
8. AVISO DE SINIESTRO	13
9. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	13
10. BENEFICIARIOS.....	13
11. PRIMAS	14
12. PERIODO DE GRACIA.....	14
13. TERMINACIÓN POR FIN DE VIGENCIA.....	14
14. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA.....	14
15. TERMINACIÓN ANTICIPADA	15
16. REHABILITACIÓN.....	15
17. RENOVACIÓN	15
18. MONEDA.....	16
19. LIQUIDACIÓN	16
20. DESCUENTO	16
21. COMPETENCIA	16
22. COMUNICACIÓN.....	16
23. PRESCRIPCIÓN	17
24. INTERÉS MORATORIO	17
25. INFORMES	17
26. ENFERMEDADES TERMINALES	18
27. CLÁUSULA FISCAL	19
VI. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	19

VII. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	20
VIII. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	20
IX. FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	22
X. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS MENCIONADOS EN LAS CONDICIONES	23
XI. DOMICILIOS UNE Y CONDUSEF.....	32
XII. LEYENDA DE REGISTRO.....	32

I. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos del Contrato de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

- **Accidente:** Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra amparada por alguna(s) de las coberturas de este Contrato de seguro.
- **Anquilosamiento:** Disminución o pérdida de la movilidad en una articulación.
- **Beneficiario:** Persona designada por el Asegurado quien recibe el beneficio económico al amparo del Contrato y de conformidad con la(s) cobertura(s) contratada(s).
- **Contratante:** Persona física o moral que celebra el Contrato de seguro con la Institución y que se encuentra obligada al pago de las primas aplicables. El Contratante será el propio Asegurado, salvo indicación en contrario.
- **Contrato:** Se entenderá por Contrato a las Condiciones Generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, Endosos, así como las cláusulas adicionales que se agreguen, los anteriores constituyen prueba del Contrato de seguro celebrado con la Institución.
- **Disputabilidad:** Es el periodo de tiempo durante el cual la Institución puede rescindir el Contrato alegando la existencia de omisiones o inexactas declaraciones por parte del Asegurado al no declararlas al momento de la venta del seguro.
- **Invalidez Total y Permanente:** Es 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% (cincuenta por ciento) de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del siniestro.
- **Operaciones Electrónicas:** El conjunto de operaciones y servicios que las Instituciones y Sociedades Mutualistas realicen con sus clientes a través de Medios Electrónicos.
- **Parentesco por Consanguinidad y/o Afinidad en primer grado:** Son el padre, la madre, los hijos y el cónyuge del Asegurado.
- **Institución:** HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- **Pérdida orgánica:**
 - a) La pérdida de una mano: su anquilosamiento o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.
 - b) La pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él.

- c) La pérdida de los dedos su anquilosamiento o la separación completa de dos falanges del mismo dedo, cuando menos.
- d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista de uno o ambos ojos según se indica en la tabla de indemnización.
- **Plazo Contratado:** Será el tiempo transcurrido en años desde la fecha de inicio hasta el vencimiento del Contrato, indicado en la Póliza.
 - **Reclamante:** Es la persona que realiza el trámite ante la Institución, para obtener el beneficio de la póliza.
 - **Siniestro:** Es la ocurrencia del riesgo amparado en el Contrato de seguro en los términos, condiciones y cláusulas pactadas en este Contrato y cuya materialización genera la obligación de indemnizar al Asegurado y/o Beneficiario según corresponda.
 - **Suma Asegurada:** Para efectos del presente Contrato, la Suma Asegurada para cada cobertura señalada en el cuerpo de las Condiciones Generales, será el valor que se asigna en la carátula de la póliza o último endoso correspondiente, de conformidad con las coberturas contratadas.
 - **Vencimiento del Contrato:** Fecha pactada en el Contrato para la finalización del mismo.
 - **Vigencia del Contrato:** Periodo de tiempo durante el cual, el Contrato está en vigor toda vez que se han pagado las primas correspondientes y el Asegurado se encuentra cubierto.

II. COBERTURA BÁSICA

1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por muerte natural, accidental o por enfermedad durante el Plazo Contratado del seguro y mientras la póliza se encuentre vigente al momento del siniestro, la Institución pagará a los Beneficiarios, en los porcentajes asignados en la última designación que tenga conocimiento, la Suma Asegurada vigente a la fecha de siniestro para esta cobertura.

III. COBERTURAS ADICIONALES

1. MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y, EN SU CASO, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAPOC).

En caso de mencionarse alguna de las siguientes coberturas en la carátula de la póliza como contratada, la Institución se obliga a pagar por:

1.1. MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO)

1.1.1 MUERTE ACCIDENTAL

Si el Asegurado dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que sufre un accidente, fallece como consecuencia de dicho acontecimiento y la póliza se encuentra vigente al momento del siniestro, la Institución pagará en los porcentajes asignados en la última designación de Beneficiarios de que tenga conocimiento, el importe de la Suma Asegurada vigente a la fecha de siniestro para esta cobertura.

1.1.2 PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Institución pagará el porcentaje que corresponda de la Suma Asegurada vigente de esta cobertura al momento del siniestro, si el Asegurado, dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que sufre un Accidente, padece cualquiera de las Pérdidas Orgánicas abajo mencionadas, como consecuencia de dicho acontecimiento, de acuerdo con la tabla de indemnización siguiente:

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

ESCALA "A"

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La responsabilidad de la Institución en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- El Accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura y la póliza esté en vigor.
- El fallecimiento o la Pérdida orgánica sea consecuencia de un Accidente y además ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la muerte accidental del Asegurado, la Institución tendrá derecho de verificar las causas del siniestro y de requerir a los beneficiarios toda clase de información sobre las circunstancias de la muerte del Asegurado. Si la reclamación está relacionada con alguna Pérdida orgánica, la Institución tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Toda indemnización que se efectúe por Pérdidas Orgánicas, reducirá en dicho importe el beneficio que por Muerte Accidental pudiera corresponder.

1.2. MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAC)

Si como consecuencia de un Accidente Colectivo sufrido por el Asegurado sobreviniera su muerte, la Institución pagará a los Beneficiarios designados, en los porcentajes asignados en la última designación de Beneficiarios de que tenga conocimiento, una cantidad igual a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza respecto de la cobertura Básica.

Para tal efecto, por Accidente Colectivo se entiende que si el Asegurado, dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que sufre un Accidente, fallece como consecuencia de dicho acontecimiento y el Accidente ocurre en cualquiera de estas situaciones:

- a) Mientras el Asegurado viaje como pasajero en barco o autobús operado por una empresa de transporte público, con pasaje (derecho de uso del servicio de transporte) pagado, sobre una ruta establecida previamente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b) Mientras el Asegurado haga uso de un ascensor que opere para servicio al público, con excepción de los ascensores usados en minas, pozos petroleros, plataformas marinas, construcciones, juegos mecánicos, grutas o pozos similares; o
- c) A causa de incendio en algún teatro, hotel, auditorio, centro comercial, estadio u otro edificio abierto al público y en pleno funcionamiento, en el que se encuentre al Asegurado al iniciarse el incendio.

2. EXCLUSIONES

Las indemnizaciones por los beneficios correspondientes a estas coberturas no serán cubiertas cuando se origine la muerte o Pérdida Orgánica del Asegurado, por:

- a. **Accidentes por participación del Asegurado en:**
 - **Servicio militar, actos de guerra, sedición, revolución, insurrección o rebelión.**
 - **Actos delictivos, cuando el Asegurado haya participado en la ejecución del mismo.**
 - **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero.**
 - **Deportes extremos o peligrosos como paracaidismo, buceo, alpinismo, rapel, salto de bungee, charrería, equitación, hockey, esquí, rafting, tauromaquia, motociclismo, motonáutica, automovilismo, boxeo, artes marciales, acrobacia o cualquier tipo de deporte aéreo, terrestre o acuático, así como la práctica profesional o amateur de cualquier deporte extremo o peligroso, salvo que el Accidente ocurra con un motivo de práctica ocasional, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado**
 - **Riña cuando el Asegurado la haya provocado.**
- b. **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial autorizada para la transportación regular de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.**

- c. **Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- d. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto cuando se deriven de un Accidente.**
- e. **Culpa grave del Asegurado. Se considera culpa grave del Asegurado cualquier Accidente ocasionado por el mismo, en virtud de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, salvo por prescripción médica o al hecho de no hacer caso a las medidas de seguridad y protección que alguna actividad que esté haciendo requieran.**
- f. **Por homicidio, cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- g. **Accidentes ocurridos a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- h. **La muerte o cualquier Pérdida Orgánica que se presente 90 días después de la fecha de ocurrencia del Accidente.**

3. BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS

Para el caso de muerte accidental y de muerte accidental colectiva, la indemnización se pagará a el o los beneficiarios designados para la cobertura de fallecimiento y que aparecen en la carátula de la póliza o en el último endoso de cambio de beneficiarios que haya realizado el Asegurado. Para el caso de Pérdidas Orgánicas, el pago se hará al propio Asegurado.

IV. COBERTURAS OPCIONALES

1. COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso de mencionarse en la carátula de la póliza como contratada, mediante esta cobertura la Institución pagará la Suma Asegurada vigente al Asegurado, en una sola exhibición, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el siniestro, el Asegurado quede invalidado total y permanentemente a causa de un Accidente o una enfermedad y dicha invalidez haya sido continua por un lapso no menor a 6 meses (período de espera) contado a partir de que la misma fue determinada y se cumplan las condiciones establecidas en esta póliza.

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 y someterse en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

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% (cincuenta por ciento) de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del siniestro.

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 falta de capacidad económica.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, dictamen avalado por una compañía 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 compañía 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 y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de seguro.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

1. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos.
2. La pérdida de ambas manos o de ambos pies.
3. La pérdida de una mano y un pie.
4. La pérdida de una mano y la vista de un ojo.
5. La pérdida de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se aplicará el período de espera.

2. EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubre el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, originado por:

1. **Participación del Asegurado en:**
 - a. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.**
 - b. **Actos delictivos, cuando el Asegurado haya participado en la ejecución del mismo.**
 - c. **Como piloto en cualquier de las categorías de esta profesión. Como pasajero, en cualquier tipo de vuelo 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.**
 - d. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero.**
 - e. **Deportes extremos o peligrosos, como paracaidismo, buceo, alpinismo, rapel, salto bungee, charrería, equitación, hockey esquí, rafting, tauromaquia, motociclismo, motonáutica, automovilismo, boxeo, artes marciales, acrobacia o cualquier tipo de deporte aéreo, terrestre o acuático, así como la práctica profesional o amateur de cualquier deporte extremo o peligroso, salvo que el Accidente ocurra con motivo de la práctica ocasional, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado.**
 - f. **Riña, cuando el Asegurado la haya provocado.**

2. **Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
3. **Culpa grave del Asegurado. Se considera culpa grave del Asegurado cualquier Accidente ocasionado por el mismo en virtud de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, salvo por prescripción médica o al hecho de no hacer caso a las medidas de seguridad y protección que alguna actividad que esté haciendo requiera.**
4. **Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.**
5. **Padecimientos preexistentes.**

V. CLÁUSULAS GENERALES

1. 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 que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones en términos del artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2. CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

3. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Institución, sobre todos los hechos que se le pregunten y que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque dichos hechos no hayan influido en la realización del siniestro en términos de los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Para efectos de este Contrato se entiende como enfermedad o padecimiento preexistente, toda enfermedad que haya padecido el Asegurado, con anterioridad a la fecha de la solicitud del seguro, siempre y cuando se tenga conocimiento de dicha enfermedad por que se haya manifestado en alguna forma.

La Institución podrá rechazar una reclamación por padecimiento o enfermedad preexistente cuando compruebe que el Asegurado tenía dicho padecimiento desde antes de solicitar el seguro:

- Mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Mediante documentales en donde se compruebe que el Asegurado hizo algún gasto para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y padecimientos, como parte del procedimiento de suscripción, la Institución podrá requerir al solicitante un examen médico. En este caso la Institución no podrá aplicar la exclusión de preexistencia respecto de la enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el examen médico.

En caso de que se suscite una controversia por preexistencia el Asegurado podrá acudir a un procedimiento de arbitraje médico independiente. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será por la Institución.

5. DISPUTABILIDAD

Este Contrato será disputable, dentro de los dos primeros años de su vigencia o desde su última rehabilitación, por omisión o inexacta declaración por parte del Contratante o Asegurado de los hechos necesarios para que la Institución aprecie el riesgo al formular la solicitud del seguro. Cualquier cobertura que se agregue posteriormente al contrato será disputable dentro de los dos primeros años a partir de su fecha de inicio de vigencia.

Mientras el Contrato de Seguro sea disputable, la Institución podrá rescindirlo alegando la existencia de omisiones y/o falsas y/o inexactas declaraciones por parte del Contratante o del Asegurado.

6. SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o de la fecha de su última rehabilitación, 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.

7. 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 real del Asegurado al inicio del contrato de seguro o con posterioridad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad real 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 por edad 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 por edad real fijados por la Institución y el Contrato se encuentra vigente, se aplicarán las siguientes reglas:

Edad real mayor a la declarada: Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad real del Asegurado, se pague un costo de 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 real menor a la declarada: Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando un costo de prima más elevado que el 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 descubre que la edad real del Asegurado manifestada en la solicitud de seguro fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión por edad fijados por la Institución, se pagará la Suma Asegurada que los costos de la prima cubiertos 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 real 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, considerando que el Contrato es nulo si en la fecha de inicio de Vigencia del Contrato la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión por edad fijados por la Institución.

Los límites de admisión por edad establecidos por la Institución se indican a continuación.

Coberturas	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado
Básica (Fallecimiento)	18 años	69 años
Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas, y en su caso, Muerte Accidental Colectiva (MAPOC)	18 años	69 años
Invalidez Total y Permanente	18 años	60 años

8. 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 este Contrato, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución.

9. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

El Reclamante deberá presentar a la Institución, todas las pruebas del hecho que genera la obligación derivada del seguro y el derecho de quienes solicitan el pago. Para tales efectos el Asegurado o Beneficiario deberá recabar y entregar los cuestionarios e información que la Institución le requiera para cada tipo de reclamación.

Al presentarse alguna reclamación de seguro, de conformidad con el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Al efecto, el Contratante y/o el Asegurado autorizan a cualesquiera autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualquier persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada con el Contrato, en especial en caso de siniestro, liberándolos expresamente de cualquier responsabilidad.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación del cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.

10. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Institución, indicando el nombre del nuevo Beneficiario.

En caso de que la Institución no reciba la notificación, previo a la realización del siniestro, la Institución efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas bajo este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Institución y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario

y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

11. PRIMAS

La prima total de esta póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas, más los gastos de administración de la póliza.

El Contratante pagará la prima correspondiente a este Contrato y podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento vigente en la fecha de aniversario de la póliza, venciendo la prima anual o fracción de ésta al inicio de cada periodo pactado.

Después de la fecha de inicio de Vigencia del Contrato, la tasa de financiamiento se podrá modificar por la Institución al término de cada año, por lo que la tasa de financiamiento que aparece en la carátula de la póliza aplica únicamente para el primer año de Vigencia del Contrato.

El pago de la prima se hará con cargo a la cuenta de cheques o a la tarjeta de crédito del Contratante indicada por éste, siempre y cuando exista saldo o línea de crédito disponible y suficiente en la cuenta señalada, en cuyo caso el estado de cuenta correspondiente, tendrá los mismos efectos que el recibo expedido por la Institución y hará prueba del pago de la misma.

La prima vencerá en la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de seguro por lo que se refiere a su primer periodo y continuará pagándose durante el Plazo Contratado.

12. PERIODO DE GRACIA

El cargo de la prima a la cuenta del Contratante se hará en la fecha de inicio de cada periodo de pago pactado y en caso de que la cuenta no tenga los fondos o línea de crédito suficientes, la Institución intentará hacer el cargo de forma recurrente dentro de los treinta días naturales después de dicha fecha, que es el periodo de gracia al que tiene derecho el Contratante y/o Asegurado, continuando en vigor el Contrato durante ese lapso de tiempo.

Si dentro del período de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el Contrato, la Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente, deduciendo la prima anual no vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato.

Una vez transcurrido el período de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

13. TERMINACIÓN POR FIN DE VIGENCIA

El presente contrato de seguro se dará por terminado con el pago de la indemnización correspondiente, por el fallecimiento del Asegurado dentro de la vigencia del seguro, o bien, al término del plazo contratado.

14. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

La póliza quedará automáticamente cancelada, si la prima no hubiese sido pagada por el Contratante una vez transcurrido su periodo de gracia.

15. TERMINACIÓN ANTICIPADA

La póliza terminará anticipadamente si el Contratante lo solicita a la Compañía a través de los siguientes medios:

- a) Por escrito en cualquier sucursal HSBC, previa a la autenticación del Contratante y posterior a ello, la Compañía proporcionará un folio como acuse de recibo.
- b) Vía telefónica desde el Interior de la República, Ciudad de México y área Metropolitana al teléfono 55 57213322 La Institución, previa a la autenticación del Contratante emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

En ambos supuestos la terminación anticipada se hará efectiva a la fecha del último día del período pagado.

16. REHABILITACIÓN

Si la póliza es cancelada de forma automática de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14., la póliza podrá ser rehabilitada en el supuesto siguiente:

Rehabilitación Automática: Esta podrá realizarse dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al periodo de gracia, siempre y cuando se cubran las primas pendientes de pago a la fecha de rehabilitación.

17. RENOVACIÓN

Este contrato será renovable automáticamente, sin requisitos de asegurabilidad, por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado a la fecha de la renovación respectiva sea de 70 (setenta) años de edad o más, en cuyo caso la póliza no se renovará.

Al llevarse a cabo la renovación, el Asegurado mantiene su derecho de antigüedad respecto de los periodos de espera y edades límite, los cuales no serán modificados en perjuicio del Asegurado.

El importe de las primas en caso de renovación, corresponderá a la edad real por el Asegurado de acuerdo a la tarifa vigente y a la Suma Asegurada al momento de la renovación.

Las coberturas amparadas en este Contrato no se renovarán cuando la edad real del Asegurado a la fecha de renovación alcance la edad establecida en la siguiente tabla:

Coberturas	Edad real a la fecha de renovación
Básica (Fallecimiento)	70 años del Asegurado
Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas, y en su caso, Muerte Accidental Colectiva (MAPOC)	70 años del Asegurado
Invalidez Total y Permanente	61 años del Asegurado

18. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago.

En caso que la póliza se haya contratado en dólares, la cuantía de las indemnizaciones que efectúe la Institución y los pagos que realice el Contratante, se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional, con base en el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha que se haga el pago correspondiente.

En el caso de que la póliza se haya contratado en dólares, la Suma Asegurada y las Primas estarán expresadas en Dólares, tomando como base el tipo de cambio que es dado a conocer diariamente por el Banco de México en los términos antes mencionados.

La cuantía de las indemnizaciones que efectúe la Institución y de los pagos que realice el Contratante, se determinarán con base al tipo de cambio mencionado, a la fecha en que se realicen los pagos de conformidad con la Ley Monetaria vigente.

19. LIQUIDACIÓN

La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente al Asegurado o Beneficiario según sea el caso, al recibir la documentación del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que la Institución solicite en las formas correspondientes.

La Institución deducirá del pago que corresponda de la prima anual no vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier otro adeudo derivado de este Contrato.

20. DESCUENTO

La Institución podrá otorgar al Asegurado o Contratante, al momento de la contratación y durante la vigencia del seguro, un descuento en el pago de la prima. El descuento aplicable será el establecido en la carátula de la póliza.

21. COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso 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 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 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 Federal del domicilio de dicha delegación.

22. COMUNICACIÓN

Las comunicaciones, avisos y notificaciones a la Institución deberán realizarse en las oficinas de la Institución, cuyo domicilio se indica en la carátula de la póliza, surtiendo sus efectos en la fecha de su

presentación. Dichas comunicaciones podrán efectuarse también a través de los medios que la Institución disponga.

La Institución podrá cambiar de domicilio, comunicando al Asegurado la nueva dirección de conformidad con la normativa aplicable.

Las comunicaciones, avisos y notificaciones de la Institución al Contratante, Asegurado o Beneficiario, surtirán plenos efectos y se entenderán realizados de manera auténtica cuando se efectúen:

- a) Por escrito presentado ante 2 (dos) testigos o con la intervención de fedatario público, surtiendo sus efectos la notificación a partir de la fecha de entrega del comunicado en el domicilio respectivo.
- b) Mediante correo certificado o a través de mensajería especializada con acuse de recibo.
- c) Mediante aviso publicado en 1 (un) periódico de circulación nacional.
- d) A través de autoridad judicial.

23. 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 con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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

24. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que soporten plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con el pago de la Suma Asegurada asumida por este Contrato al hacerse exigible legalmente, en términos de la legislación vigente, pagará al acreedor la indemnización por mora que corresponda, en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

25. INFORMES

Durante la Vigencia del contrato, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

26. ENFERMEDADES TERMINALES

- OBJETO

El objeto de esta Cláusula es otorgar un apoyo al Asegurado que le sea diagnosticada una Enfermedad en estado Terminal, mediante el cual tiene derecho a solicitar a la Institución, un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento.

- DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

Para efectos de este apoyo se entenderá por Enfermedad Terminal, a cualquier padecimiento de carácter irreversible, progresivo e incurable que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediamente a la muerte del Asegurado, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos, y cuyo pronóstico de vida para el Asegurado sea menor a 12 (doce) meses a partir de la fecha de diagnóstico.

- ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

Mediante este apoyo, el Asegurado o su Representante Legal tiene derecho a solicitar a la Institución, un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica atendiendo a lo previsto en la Carátula de la Póliza de Seguro del plan contratado, siempre que al Asegurado se le haya diagnosticado, por primera vez, una Enfermedad Terminal y dicho diagnóstico sea posterior a los 6 (seis) meses de contratación de su póliza o de su última realización.

- REQUISITOS

El Asegurado o su Representante Legal deberá presentar a la Institución, solicitud por escrito del anticipo del pago, así como un dictamen avalado por una Institución del Sistema Nacional de Salud o un Médico Especialista, que cuente con Certificado de Especialización en la materia en que sea diagnosticada la Enfermedad Terminal, así como todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la Enfermedad Terminal del Asegurado y en su caso, someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

Será necesario que:

- a) el pago de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento no se haya pactado en forma de rentas;
- b) en caso de existir Beneficiarios designados con el carácter de irrevocables, éstos deberán otorgar su consentimiento por escrito para que el Asegurado pueda hacer uso de este apoyo;

- DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

Una vez realizado el pago del Anticipo por Enfermedad Terminal se disminuirán en un 50% (cincuenta por ciento) los siguientes conceptos:

- Suma Asegurada de la Cobertura Básica, es decir la indemnización que se pague a los Beneficiarios, si el Asegurado fallece entre la fecha de pago del Anticipo por Enfermedad Terminal y el Vencimiento del Contrato.

Una vez efectuado el anticipo por Enfermedad Terminal, de ser el caso, el Asegurado continuará efectuando el pago de la prima por las coberturas originalmente contratadas.

- **TERMINACIÓN DEL APOYO**

El apoyo por Enfermedades Terminales, concluye cuando:

- a) Se realiza el anticipo del monto de la Cobertura Básica.**
- b) Fallece el Asegurado.**
- c) Se cancela la Cobertura Básica de la póliza.**

27. CLÁUSULA FISCAL

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realice la institución por el presente Contrato de Seguro, podrán ser sujetos de retención de impuestos.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá consultar con sus asesores fiscales el régimen fiscal que les sea aplicable.

VI. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Institución de Seguros está obligada a entregar al Asegurado y/o Contratante los documentos en los que consten los derechos y obligaciones para las partes del seguro contratado, a través de los siguientes medios:

- a) De manera personal a través del ejecutivo de HSBC México o del promotor de la persona moral que distribuya el seguro, o
- b) Envío a domicilio mediante correo en caso de que así se haya solicitado por el Asegurado o Contratante, o
- c) Envío a dirección de correo electrónico en caso de que así se haya solicitado por el Asegurado o Contratante.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono 55 57213322, donde le indicarán la forma en que se le hará la entrega de la documentación de su seguro contratado.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberá comunicarse al teléfono 55 57213322. La Institución emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio o que la misma no será renovada.

Si la cancelación o no renovación de la póliza no puede efectuarse vía telefónica, el Asegurado y/o Contratante recibirá información de los requisitos y/o documentos con los cuales deberá dirigirse a cualquier Sucursal HSBC para formalizar la cancelación o no renovación, proporcionándole un número de folio.

VII. 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, aplicaciones en dispositivos móviles, 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 Generales 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, y en su caso, la documentación contractual.

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

VIII. 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 compañía, 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.

IX. FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.

Antes y durante la contratación del Seguro, Usted tiene derecho a:

- a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales.
- b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de la Institución Financiera o de la Persona Moral, el cual está autorizado para la promoción y venta de los seguros.
- c) Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones Generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de las coberturas contratadas, las formas de conservarlas, así como de las formas de terminación del contrato.
- d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que usted lo solicite, copia de la póliza o certificado individual en el que consten tanto sus derechos y obligaciones.
- e) Recibir explicación del costo de la prima, así como de las formas de pago de la misma.
- f) Conocer el importe de la compensación directa que la Institución, paga a los Intermediarios por la distribución del seguro que usted contrató.
- g) Pedir la rectificación de su póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación.
- h) Cancelar su seguro en cualquier momento.

Al ocurrir un siniestro usted tiene derecho,

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes establecidos en el Contrato de seguro en función a la Suma Asegurada contratada, aunque la prima del Contrato de seguro no se encuentre pagada siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro (Ver las Condiciones Generales del producto).
- b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas, de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas;

- c) Si usted presenta una reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), tiene derecho a solicitar a dicha Comisión, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje
- d) Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), si es Beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida)

X. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS MENCIONADOS EN LAS CONDICIONES

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

Art. 202 Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

Art. 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.

Art. 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.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Art. 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.

Art 9. Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Art. 10. Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Art. 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.

Art. 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.

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.

Art. 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.

Art. 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.

- Art. 60.** En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.
- Art. 69.** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
- Art. 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.
- Art. 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.
- Art. 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.
- Art.176.** El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

CÓDIGO PENAL FEDERAL.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

- Art. 400.-** Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:
- I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquella, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

- II.- Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;
- III.- Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;
- IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;
- V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
- VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
- VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

- a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
- b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
- c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivadas de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Art. 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

XI. DOMICILIOS 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) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, entre Río Guadalquivir y Río Tíber, frente al Ángel de la independencia. **Horario de Atención:** lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas. **Teléfono:** 55 57215661. **Correo electrónico:** mexico_une@hsbc.com.mx. Para consultar los datos del encargado regional de la Entidad Federativa a la que pertenece, ingrese a www.hsbc.com.mx, llame al teléfono UNE o acuda a la Sucursal más cercana.

CONDUSEF: Insurgentes Sur Número 762 Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez. Código Postal 03100, México, Ciudad de México. Teléfono 55 53400999 y 800 9998080 o visite la página de internet www.condusef.gob.mx. Correo electrónico de atención: asesoria@condusef.gob.mx

XII. LEYENDA DE 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0077-0260-2020, del día 17 de abril de 2020 con el número BADI-S0077-0028-2020, del día 15 de junio de 2020 con el número BADI-S0077-0056-2020/ CONDUSEF-004416-01.

“Beneficio Adicional para la Cobertura de Enfermedades Graves”

1. OBJETO.

El Beneficio Adicional de Enfermedades Graves, tiene por objeto proporcionar al Contratante del Seguro de Vida, la opción de contratar una Cobertura Adicional en la cual la Institución de Seguros pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza cuando se tenga un diagnóstico de Cáncer, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebrovascular e Insuficiencia Renal Terminal, siempre que se encuentre vigente la póliza y dichas enfermedades se apeguen a lo estipulado en las siguientes definiciones y condiciones.

2. DEFINICIONES.

Para efectos del presente beneficio, se entenderá en singular o plural por:

Enfermedad. Se considera, toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido.

Periodo de Espera. Es el periodo en días naturales, a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, para que el asegurado pueda gozar de los beneficios. Este periodo se establece en la caratula de póliza y aplica para todos los padecimientos cubiertos excepto para el padecimiento de INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Periodo de Supervivencia. Es el periodo en días naturales que el asegurado deberá sobrevivir después de que se le diagnostique por primera vez el padecimiento cubierto para que se tenga derecho a la indemnización. Este periodo se establece en la caratula de póliza y aplica para todos los padecimientos cubiertos.

3. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

En caso de que en la carátula de la póliza se establezca como contratada esta cobertura, la Institución se obliga a pagar la Suma Asegurada estipulada al propio Asegurado, si durante la vigencia de la póliza se le diagnostica cualquiera de los



padecimientos descritos a continuación, siempre y cuando se cumpla el Periodo de Espera y Periodo de Supervivencia.

Cada padecimiento está limitado al primer diagnóstico y la Suma Asegurada no podrá exceder en una o varias pólizas el límite máximo establecido por la Institución para esta cobertura.

Después del diagnóstico y pago correspondiente de alguno de los padecimientos amparados, dicho padecimiento no será susceptible a una nueva indemnización sino hasta el aniversario de la póliza donde automáticamente se reinstalará la Suma Asegurada para cada padecimiento siempre que se trate de un diagnóstico nuevo y no esté relacionado con el ya indemnizado. Una vez utilizada la cobertura para uno o varios padecimientos durante la vigencia de la póliza, la cobertura no será susceptible a renovarse.

3.1. CÁNCER

Este se cubre cuando un médico certificado emita un diagnóstico inequívoco de que se trata de un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones pre malignas.**
- **Cáncer de próstata en estadio menor que T2bN0M0.**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor que T2N0M0.**
- **Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.**
- **Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera de 30 días o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica.**

Requisitos para la reclamación. 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.



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:

- Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer.
- Informe del oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y pormenores del cáncer.
- Resultados de los estudios de estadificación como radiografías, tomografías entre otros.

3.2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Será cubierta al momento un médico certificado diagnostique al asegurado la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar apoyado en los siguientes elementos:

- Elevación significativa de las troponinas cardiacas.
- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.
- Cambios nuevos en el electrocardiograma (ECG) compatibles con infarto o aparición de un nuevo bloqueo de la rama izquierda de Haz de His (BRIHH).

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Cambios en el Electrocardiograma que sugieran infarto(s) previo(s) sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.**
- **Angina de pecho.**
- **Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el Electrocardiograma ni signos clínicos de infarto.**

Requisitos para la reclamación. 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.

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:

- Informe pormenorizado del médico tratante certificado que especifique detalles de la evolución clínica.

- Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas.
- Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
- Estudios practicados para la evaluación del infarto (ecocardiograma, estudios de medicina nuclear.)

3.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Se cubrirá cuando se dé un diagnóstico definitivo por un médico certificado de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extra craneal, con:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 3 meses después de la fecha del diagnóstico.

El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen a través de Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética (RM).

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Ataque isquémico transitorio.**
- **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**
- **Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.**

Requisitos para la reclamación:

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.

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:

- Informe del médico certificado que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular.
- Tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM) compatibles con accidente cerebrovascular agudo.

3.4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

Estará cubierta cuando se presente una etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**

Requisitos para la reclamación. 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.

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:

- Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante
- Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal.
- Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible (determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias.)

5. EDADES DE ACEPTACIÓN.

Los límites de admisión establecidos por la Institución se indican a continuación:

Cobertura	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado	Vencimiento de la Cobertura conforme a edad alcanzada
Enfermedades Graves	18 años	65 años	A fin de vigencia una vez cumplidos 70 años

4. 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de abril de 2020, con el número BADI-S0077-0028-2020/ CONDUSEF-004416-01.

Beneficio Adicional para la Cobertura de Supervivencia

1. OBJETO.

Este Beneficio Adicional tiene por objeto proporcionar al Contratante del Seguro de Vida, la opción de contratar una Cobertura Adicional de supervivencia bajo los términos que se señalan en la presente cláusula.

Dicha cobertura está asociada a la cobertura básica en la operación de vida y no cuenta con exclusiones.

2. DEFINICIONES.

Para efectos del presente Beneficio, se entenderá en singular o plural por:

Antigüedad de la póliza. Número de meses transcurridos desde la fecha de inicio de vigencia.

Beneficiario Preferente e Irrevocable para la Supervivencia. El Contratante de la póliza será Beneficiario Preferente e Irrevocable para recibir el pago de este beneficio.

3. COBERTURA ADICIONAL DE SUPERVIVENCIA.

En caso de que el Asegurado llegue con vida al final de alguna de las antigüedades estipuladas en la carátula de la póliza, el Beneficiario Preferente e Irrevocable para la cobertura de Supervivencia tendrá derecho a recibir la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza conforme a los meses de antigüedad y montos establecidos en la misma, siempre que:

1. Esta cobertura haya sido contratada y aparezca en la carátula de la póliza.
2. La póliza se encuentre al corriente con el pago de primas.

4. ENDOSOS.

La Suma Asegurada de la cobertura de Supervivencia será modificada únicamente como consecuencia de alguno los siguientes supuestos:



1. Aumento o disminución de la Suma Asegurada de alguna de las coberturas contratadas.

2. Contratación o cancelación de una cobertura adicional.

5. PAGO DE LA COBERTURA.

El Beneficiario Preferente e Irrevocable para la cobertura de Supervivencia recibirá el pago directamente en la cuenta proporcionada para este propósito al momento de la contratación, salvo solicitud en contrario del Contratante.

6. EDADES DE ACEPTACIÓN.

Los límites de admisión establecidos por la Institución se indican a continuación:

Cobertura	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado
Supervivencia	18 años	69 años

7. 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de junio de 2020, con el número BADI-S0077-0056-2020/ CONDUSEF-004416-01.