

CONTRATO

Estas condiciones generales, la carátula de póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (la "Compañía") y el Contratante.

VIGENCIA

Este contrato inicia y finaliza en las fechas indicadas en la carátula de la póliza.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito, en endosos o cláusulas adicionales previamente acordados entre el Contratante y la Compañía y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, el agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen 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 (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

En caso de que no haya sido requisitada la Sección de Cuestionario contenido en la Solicitud de Seguro en atención al monto de la suma asegurada contratada, la Compañía renuncia expresamente a su derecho de rescindir el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones.

En caso de que el asegurado haya requisitado la Sección de Cuestionario contenido en la Solicitud de Seguro en atención al monto de la suma asegurada contratada, está obligado a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes que se le pregunten 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 importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

DISPUTABILIDAD

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

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 Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

EDAD

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

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado al inicio del contrato de seguro o con posterioridad y después de recibirlas no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Si encontrándose en vida el Asegurado se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá en la forma siguiente:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Suma Asegurada se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a su edad real, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores se ajustarán a la edad real.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada en la solicitud de seguro fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se pagará la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato.

Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.

Si en la fecha de inicio de vigencia del seguro la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido y la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que hubiera y que corresponda a esta póliza en la fecha de su rescisión.

Los límites de admisión establecidos por la Compañía se indican en la carátula de la póliza.

BENEFICIARIOS

Para los efectos de esta póliza se entiende por “Beneficiario”, en singular o plural, la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en la solicitud formulada para la celebración de este contrato o los que, en su caso, designe posteriormente, mismos que tendrán un derecho propio al cobro de la suma asegurada en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía 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 por 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 Compañía y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el Artículo 165 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 y éste no hubiera hecho una nueva designación.

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 expedición de la póliza.

El Contratante pagará la prima correspondiente a este contrato de seguro 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 de la póliza, la tasa de financiamiento se podrá modificar por la Compañía 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.

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 en la carátula de la póliza, siempre y cuando exista saldo o línea de crédito disponible y suficiente en la cuenta señalada, en cuyo caso el comprobante de cargo en el estado de cuenta correspondiente, tendrá los mismos efectos que el recibo expedido por la Compañía.

El pago de primas vencerá en la fecha de inicio de vigencia y continuará pagándose durante el plazo de pago de primas estipulado o hasta que ocurra la eventualidad que dé origen a la terminación del contrato.

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 Compañía intentará hacer el cargo diariamente hasta 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 Compañía pagará la suma asegurada correspondiente, deduciendo la prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada.

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

TERMINACIÓN

El presente contrato de seguro se dará por terminado en caso de que se presente el fallecimiento o la invalidez del Asegurado, dando lugar asimismo al reembolso de las primas no devengadas o reserva matemática que proceda, en particular, en caso de invalidez, la correspondiente a la cobertura de Muerte Accidental Colectiva y la prima no devengada de fallecimiento.

CANCELACIÓN

La presente póliza se cancelará:

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

Paseo de la Reforma 359, piso 8, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, México, Distrito Federal.

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Compañía.

1. A petición del Contratante.- La póliza quedará cancelada si el Contratante lo solicita por escrito a la Compañía. La cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado.
2. Automática.- La póliza quedará automáticamente cancelada:
 - a. Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
 - b. En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.
 - c. Cuando se establezca otra causa de cancelación para cada cobertura o endoso en particular, en términos de este contrato.
3. Por exceder el cúmulo de Suma Asegurada.- Si el Asegurado celebra varios contratos de seguro de vida individual con la Compañía, correspondientes a este u otros productos, deberá considerar que las sumas aseguradas contratadas de todos los seguros contratados, respecto de la cobertura básica, en suma no superen el Límite Máximo por Asegurado.

En caso de que por cualquier causa la sumatoria de sumas aseguradas referidas resultare superior al Límite Máximo por Asegurado, se cancelará el o los contratos de seguro mas recientes, hasta que la totalidad de sumas aseguradas de los contratos que queden vigentes sea igual o inferior al Límite Máximo por Asegurado. En este evento no procederá pago de indemnización por siniestro respecto de los contratos cancelados y el Asegurado o Beneficiario(s) sólo tendrán derecho al reembolso de las primas que se hubieran pagado respecto de los seguros que se cancelen.

Límite Máximo por Asegurado: Monto máximo que el Asegurado podrá contratar como suma asegurada total de todos los contratos de Seguro de Vida Individual que tenga celebrados con la Compañía, que es de \$3,000,000.00 (tres millones de pesos, 00/100, M.N.) o su equivalente en Moneda de curso legal en los Estados Unidos de América al tipo de cambio que publique el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en dólares pagadas en la República Mexicana del día en que se contraten las pólizas o lo que resulte menor.

REHABILITACIÓN

Si después de transcurrido el periodo de gracia no se ha podido hacer el cargo de la prima correspondiente a la cuenta del Contratante por no contar con los fondos o línea de crédito suficientes, la póliza quedará cancelada y ésta podrá rehabilitarse en forma automática dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del periodo de gracia, en cuanto la cuenta tenga los fondos o línea de crédito suficientes para hacer los cargos correspondientes. En caso de ocurrir un siniestro dentro del periodo en descubierto la Compañía no estará obligada a su pago.

RENOVACIÓN

Este contrato será renovable automáticamente por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado a la fecha de la renovación respectiva sea de 70 años de edad o más, en cuyo caso la póliza no se renovará. Lo anterior, con independencia de que respecto a determinada cobertura se establezcan reglas especiales sobre renovación y cancelación, en cuyo caso aplicarán para dichas coberturas las reglas especiales al efecto establecidas.

El importe de las primas en caso de renovación, corresponderán a la edad alcanzada por el Asegurado.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

En caso que la póliza se haya contratado en moneda extranjera, la cuantía de las indemnizaciones que efectúe la Compañía 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 Compañía 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.

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de este contrato.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, será deducida de la liquidación correspondiente.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía 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 del domicilio de dicha delegación.

COMUNICACIÓN

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de ésta en su domicilio social. Las que se hagan al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que el mismo haya comunicado al efecto por escrito a la Compañía.

PRESCRIPCIÓN

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

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

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

INTERÉS MORATORIO.

En caso de que la Compañía, 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 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

INFORMES.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos,

en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

COBERTURA POR FALLECIMIENTO

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (muerte natural, accidental o por enfermedad) durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados, en los porcentajes asignados en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento.

En caso de que el asegurado haya requisitado la Sección de Cuestionario en atención a la suma asegurada contratada, esta cobertura operará sin exclusiones, con excepción a la relativa a suicidio.

En caso de que no haya sido requisitada la Sección de Cuestionario contenido en la Solicitud de Seguro en atención al monto de la suma asegurada contratada, esta cobertura no cubre el fallecimiento del asegurado a consecuencia de cualquiera de las siguientes enfermedades, siempre y cuando éstas sean preexistentes; es decir, cuyos síntomas o signos se hubieran manifestado antes de la celebración del presente contrato por haber sido aparentes a la vista o por los cuales se haya realizado previamente un diagnóstico o por algún gasto realizado para el tratamiento de los mismos.

- **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o si el asegurado fuere seropositivo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o positivo a Hepatitis C**
- **Insuficiencia renal**
- **Hipertensión arterial**
- **Enfermedades del pulmón, tuberculosis y/o bronquitis crónica**
- **Afecciones cardíacas e Infarto**
- **Enfermedades cerebrales, epilepsia, accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales.**
- **Cualquier tipo de diabetes**
- **Cáncer de cualquier tipo y estadio, leucemia**
- **Hemofilia**
- **Lupus eritematoso sistémico.**
- **Esclerosis múltiple.**
- **Toxicomanías, uso de drogas no recetadas por un médico.**
- **Enfermedades hepáticas.**
- **Enfermedades congénitas.**
- **Obesidad morbida.**

En caso de renovación de la póliza, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inició la vigencia de la póliza por primera vez con la Compañía.

En caso de que no haya sido requisitada la Sección de Cuestionario contenido en la Solicitud de Seguro en atención al monto de la suma asegurada contratada, esta cobertura no cubre los riesgos amparados en la póliza si se producen por participar directamente en las siguientes actividades u ocupaciones

- **Manejo de explosivos, armas de fuego, material biológico de riesgo sustancias químicas peligrosas, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, radiaciones**
- **Riesgo por altura, transporte en motocicleta o actividades aéreas**
- **Policía, agente secreto, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador y/o transportista foráneo**
- **Practica de deportes peligrosos como contiendas de velocidad en vehículos motorizados, motociclismo, buceo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeadores, y ultraligeros) o algún otro deporte considerado de riesgo.**

PROMOCIÓN 11 X 12.

Quando en la carátula de la póliza se establezca que el seguro fue contratado con la Promoción 11 x 12, la Compañía otorgará al Asegurado o Contratante la oportunidad de acceder a un descuento correspondiente a una mensualidad, sujeto al pago oportuno de la prima fraccionada, en los siguientes términos:

En caso de que se acuerde el pago fraccionado de la prima anual en 12 mensualidades, si el Contratante o Asegurado realizare oportunamente el pago de la primera a la undécima mensualidad, la doceava mensualidad será sin cargo al Contratante o Asegurado.

PROMOCIÓN 10 X 12.

Quando en la carátula de la póliza se establezca que el seguro fue contratado con la Promoción 10 x 12, la Compañía otorgará al Asegurado o Contratante la oportunidad de acceder a un descuento correspondiente a dos mensualidades, sujeto al pago oportuno de la prima fraccionada, en los siguientes términos:

En caso de que se acuerde el pago fraccionado de la prima anual en 12 mensualidades, si el Contratante o Asegurado realizare oportunamente el pago de la primera a la quinta mensualidad, y de la séptima a la undécima mensualidad, las mensualidades sexta y doceava serán sin cargo al Contratante o Asegurado.

**COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y EN SU
CASO MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA
(MAPOC)**

DEFINICIÓN DE 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 provocada intencionalmente por el Asegurado.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, en los porcentajes asignados en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento, el importe de la suma asegurada para esta cobertura, indicada en la carátula de la póliza.

BENEFICIO POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada de esta cobertura, indicada en la carátula de la póliza, si como consecuencia de un Accidente, el Asegurado sufre cualesquiera de las Pérdidas Orgánicas que se indican, de acuerdo con la siguiente Tabla de Indemnización.

Para tales efectos, por Pérdidas Orgánicas, en singular o plural, se entenderá:

- 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.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN
ESCALA "A"

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo, 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 Compañía 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:

- a. El Accidente ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura.
- b. El fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la muerte accidental del Asegurado, la Compañía 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 Compañía 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.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

Si como consecuencia de un Accidente Colectivo sufrido por el Asegurado sobreviniera su muerte, la Compañía 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 el Accidente que produzca la muerte del Asegurado y se presente dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo:

- 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.

RENOVACIÓN

Esta cobertura será renovable automáticamente por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado al término de la renovación respectiva superara los 70 años de edad, en cuyo caso la cobertura se renovará hasta el aniversario de la póliza que ocurra cuando el Asegurado tenga 70 años de edad, a partir de lo cual esta cobertura se cancelará y quedará sin efectos.

La renovación se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad.

EXCLUSIONES:

Las indemnizaciones por los beneficios correspondientes a esta cobertura, 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 de carácter intencional en que participe directamente.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
 - Riña cuando él la haya provocado.
 - Motociclismo.
- b.** Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto y sólo respecto de las indemnizaciones por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas, 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 auto inflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- d.** Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza o inhalación de gases, excepto cuando se deriven de un Accidente.
- e.** Culpa grave del Asegurado. Entre otras causas, 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.
- f.** Homicidio, como resultado de la participación del Asegurado en actos delictivos 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 del accidente.

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará automáticamente, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años de edad.

BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA

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

COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

La Compañía conviene en pagar al Asegurado anticipadamente, la Suma Asegurada básica contratada en una sola exhibición, si queda invalidado total y permanentemente a causa de un accidente o una enfermedad, siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua por un lapso no menor al período de espera estipulado en la carátula de la póliza, o en su defecto de 6 meses y se cumplan las condiciones establecidas en esta póliza.

Para tener derecho al pago de la Suma Asegurada, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía su estado de invalidez, presentando las pruebas fehacientes de dicho estado y someterse en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Compañía 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% de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del siniestro.

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

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

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, 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 Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía 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.

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

Paseo de la Reforma 359, piso 8, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, México, Distrito Federal.

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Compañía.

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.

RENOVACIÓN

Esta cobertura será renovable automáticamente por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado al término de la renovación respectiva superara los 65 años de edad, en cuyo caso la cobertura se renovará hasta el aniversario de la póliza que ocurra cuando el Asegurado tenga 65 años de edad, a partir de lo cual esta cobertura se cancelará y quedará sin efectos.

La renovación se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad y las primas corresponderán a la edad alcanzada por el Asegurado.

PRUEBAS

La Invalidez Total y Permanente deberá ser comprobada por el Asegurado a la Compañía.

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 intencionales, en que participe directamente.
 - c. Vuelos en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - e. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividades artísticas.
 - f. Riña, cuando él la haya provocado.
 - g. Motociclismo.etc.)

2. Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
3. Culpa grave del Asegurado, como lo es encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes, drogas o enervantes, salvo por prescripción médica.
4. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.
5. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas que, previamente a la celebración del contrato:
 - i) Se haya declarado su existencia, o
 - ii) Sean comprobables mediante la existencia de un resumen clínico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
 - iii) El Asegurado haya efectuado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Asimismo, para resolver la procedencia de la reclamación, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el resumen clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de enfermedades preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

CANCELACIÓN

Esta cobertura se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL Y FUNERARIA**A) DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:** Los Servicios consistirán en:

La Compañía, a través de EL PRESTADOR contratado, se obliga a proporcionar al asegurado, beneficiario, familiar o deudo que corresponda, los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio estipulado, según sea el caso, las 24 horas del día los 365 días del año, ya sea directamente o a través de terceras personas.

En caso de muerte accidental, natural o por enfermedad del Asegurado Titular de la póliza EL PRESTADOR proporcionará los siguientes servicios:

1. Servicios Funerarios.

En caso de muerte del Asegurado Titular de la póliza, EL PRESTADOR dará la siguiente asistencia:

1.1 Asistencia administrativa para la obtención de documentos personales (Actas de nacimiento y CURP)

EL PRESTADOR del servicio realizará la gestión de trámites para obtener los siguientes documentos: acta de nacimiento y CURP del Beneficiario, en caso de requerirse.

1.2 Preparación y arreglo del cuerpo.

EL PRESTADOR se hará cargo de la preparación y arreglo del cuerpo en el lugar en donde se llevará a cabo la velación.

1.3 Urna o Ataúd.

EL PRESTADOR del servicio cubrirá el costo por el ataúd o urna, de acuerdo a la selección del Reclamante. El servicio incluye un ataúd o urna básicos, cuyas características son: Ataúd metálico estándar o Urna de madera económica. En caso de que el Reclamante requiera otro tipo de ataúd o urna con un costo mayor al estándar, la diferencia será cubierta por el Reclamante. La fosa o el nicho no están incluidos.

1.4 Servicio de Velación: deberá cubrir los gastos de la renta en la Sala de velación del velatorio, o en Iglesia o Capilla, o en Domicilio particular.

EL PRESTADOR del servicio de encargará del pago de la sala de velación, iglesia o capilla, y de todos los gastos que corran por la instalación de la capilla en el domicilio particular del Reclamante. En caso de que el servicio de velación sea en velatorio y que esté permitido por los velatorios, se pondrá a disposición del Reclamante una habitación de descanso durante el tiempo que dure la velación.

1.5 Flores (ya sea una Corona grande, o 2 coronas medianas, o Arreglo de flores en la habitación de velación).

EL PRESTADOR del servicio se encargará del pago y envío de flores naturales al lugar de velación, de acuerdo a las flores que elija el reclamante.

1.6 Libro de asistentes.

EL PRESTADOR del servicio se encargará de cubrir el costo del libro de asistentes, en caso de que el reclamante así lo requiera.

1.7 Servicio de Inhumación (Sepultura) o Servicio de Cremación (cenizas).

EL PRESTADOR del servicio se encargará de cubrir el costo por la inhumación (sepultura) o cremación del cuerpo.

1.8 Traslado de Familiar al lugar del fallecimiento.

EL PRESTADOR proporcionará el servicio de traslado de ida y vuelta de un familiar al lugar del fallecimiento.

1.9 Traslado del Cuerpo del lugar de defunción al sitio de velación.

EL PRESTADOR proporcionará el servicio de traslado del cuerpo, del lugar del fallecimiento al lugar de velación.

1.10 Servicio Carroza Fúnebre.

EL PRESTADOR proporcionará el servicio de carroza fúnebre para el traslado del cuerpo, del lugar de velación al lugar de inhumación o cremación.

1.11 Transporte para acompañantes al lugar de inhumación (sepultura) o cremación.

EL PRESTADOR pondrá a disposición del Reclamante el medio de transporte necesario para el traslado de amigos y familiares acompañantes, del lugar de velación al lugar de inhumación o cremación.

1.12 Cobertura en todo el territorio Nacional del Servicio

EL PRESTADOR del servicio proporcionará una cobertura nacional para la atención de este servicio hasta por el monto de \$12,000.00. Cualquier gasto adicional será a cargo del Reclamante.

En caso de que el reclamante utilice otro prestador de servicios funerarios, EL PRESTADOR cubrirá el gasto directamente al prestador del servicio funerario de acuerdo a sus tabuladores, hasta un monto de \$12, 000.00 (Doce mil pesos 00/100 M.N.)

En caso de muerte de otro familiar del Asegurado, El PRESTADOR ofrecerá el servicio a precios preferenciales con su red de proveedores funerarios, todos los servicios correrán por cuenta del solicitante del servicio.

2. Asistencia Legal.

EL PRESTADOR se encargará de la prestación de los siguientes servicios a nivel nacional en caso de muerte accidental, natural o por enfermedad del Asegurado Titular de la póliza:

2.1. Gestión de trámites para la obtención del Certificado Médico, Acta de defunción, Acta de Nacimiento y CURP

EL PRESTADOR del servicio realizará la gestión de trámites para obtener los siguientes documentos: Certificado Médico, Acta de Defunción, Acta de Nacimiento y CURP. Los gastos por la obtención del Certificado Médico y Acta de Defunción serán cubiertos por el PRESTADOR.

2.2 Trámite ante el Ministerio Público y Servicio Médico Forense en caso de que el deceso ocurra en circunstancias violentas o se relacione con la investigación de un delito.

EL PRESTADOR del servicio realizará la gestión de trámites ante el Ministerio Público y Servicio Médico Forense.

2.3 Trámite ante Servicio Médico Forense para la recuperación del cadáver

EL PRESTADOR del servicio realizará la gestión de trámites ante el Servicio Médico Forense para la recuperación del cadáver.

2.4 Trámites ante autoridades federales y estatales para obtener los permisos de traslado del cuerpo

EL PRESTADOR realizará y cubrirá los gastos en que se incurra, por la realización del trámite ante las autoridades competentes para obtener los permisos del traslado del cadáver, cuando el fallecimiento del beneficiario ocurra fuera de la localidad habitual de su residencia, siempre que el lugar de fallecimiento y el lugar de traslado se encuentren dentro de la República Mexicana.

2.5 Gestión ante autoridades, aseguradoras e instituciones públicas y privadas para obtener el pago de pensiones, seguros, indemnizaciones y cualquier otra prestación que proceda con motivo del fallecimiento.

EL PRESTADOR dará un servicio presencial para realizar y asesorar legalmente al reclamante, en lo referente a los trámites que debe realizar en lo que a este apartado se refiere.

2.6 Asesoría para elaboración y tramitación de testamentos

EL PRESTADOR dará un servicio de asistencia telefónica para asesorar al reclamante en lo referente a la elaboración y tramitación de testamentos, este servicio no incluye el pago de honorarios de notarios que intervengan en los actos testamentarios.

2.7 Asesoría técnico-legal a los deudos en materia de herencias, legados y otros aspectos de derecho sucesorio

EL PRESTADOR dará un servicio de asistencia telefónica para asesorar al reclamante en materia de herencias, legados y otros aspectos de derecho sucesorio, este servicio no incluye los gastos y honorarios para el caso de que por el asesoramiento y asistencia legal se deba seguir algún procedimiento judicial o notarial.

2.8 Asesoría en donación altruista post-mortem de órganos humanos o bienes patrimoniales

EL PRESTADOR brindará la asistencia telefónica para la debida implementación de actos altruistas, cuando el Beneficiario haya establecido mediante disposición testamentaria o mediante un acto que legalmente proceda, donaciones del tipo a las que se refiere este apartado.

REGISTRO DEL PRODUCTO.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0077-0421-2009 de fecha 08 de Junio 2009.

CLÁUSULA GENERAL DE ENFERMEDADES TERMINALES

1. 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 Compañía, un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada por la Cobertura Básica de Fallecimiento.

2. 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 conlleven irremediablemente 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.

3. ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL.

Mediante este apoyo, el Asegurado o su Representante Legal tiene derecho a solicitar a la Compañía, el 50% (cincuenta por ciento) como anticipo de la Cobertura Básica de Fallecimiento prevista en la Carátula de la Póliza de Seguro, siempre que 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.

El Asegurado o su Representante Legal deberá presentar a la Compañía, solicitud por escrito del pago anticipado, así como dictamen avalado por las Instituciones del Sistema Nacional de Salud o 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 Compañía le solicite.

El anticipo por Enfermedad Terminal, disminuye el 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Fallecimiento, y en consecuencia la suma asegurada a que tendrá derecho el Beneficiario.

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.

Una vez efectuado el anticipo por Enfermedad Terminal, de ser el caso, el Asegurado continuará efectuando el pago de la prima sobre la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Fallecimiento originalmente contratada.

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

Paseo de la Reforma 359, piso 8, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, México, Distrito Federal.

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Compañía.

4. TERMINACIÓN DEL APOYO.

El apoyo por Enfermedades Terminales, concluye cuando:

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

5. REGISTRO.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos, 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el (los) registro (s) número CGEN-S0077-0007-2012 de fecha 03 de Febrero 2012.