

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

“Seguro de Vida Individual”

Fecha

6 de noviembre de 2015

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.....	3
II.	COBERTURA BÁSICA.....	4
1.	COBERTURA POR FALLECIMIENTO	4
III.	COBERTURAS ADICIONALES	4
1.	MAPOC: MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y EN SU CASO MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA.	4
1.1.	MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDAS ORGANICAS	5
1.1.1	MUERTE ACCIDENTAL	5
1.1.2	PÉRDIDAS ORGÁNICAS	5
1.2.	MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA	6
2.	EXCLUSIONES:.....	6
3.	TERMINACIÓN	7
4.	BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS	7
IV.	COBERTURAS OPCIONALES.....	7
1.	COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	7
1.1	EXCLUSIONES.....	8
1.2	TERMINACIÓN	9
2.	COBERTURAS DE INFARTO AL MIOCARDIO, CÁNCER DE PRÓSTATA, CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y CÁNCER DE MAMA.....	9
2.1	INFARTO AL MIOCARDIO EN MUJERES Y HOMBRES	10
2.2	CÁNCER EN MUJERES	10
2.3	CÁNCER EN HOMBRES	10
2.4	EXCLUSIONES PARTICULARES PARA COBERTURAS DE CÁNCER:	11
2.5	EXCLUSIONES PARTICULARES PARA COBERTURA DE INFARTO AL MIOCARDIO:.....	11
V.	CLÁUSULAS GENERALES.....	11
1.	MODIFICACIONES AL CONTRATO	11
2.	CARENCIA DE RESTRICCIONES	12
3.	OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.....	12
4.	ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	12
5.	DISPUTABILIDAD.....	12
6.	SUICIDIO	13
7.	EDAD	13
8.	AVISO DE SINIESTRO	14
9.	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	14
10.	BENEFICIARIOS	15
11.	PRIMAS.....	15
12.	PERIODO DE GRACIA	15
13.	TERMINACIÓN	16
14.	CANCELACIÓN	16
15.	REHABILITACIÓN	16
16.	RENOVACIÓN	17
17.	MONEDA.....	17
18.	LIQUIDACIÓN	18
19.	PROMOCIONES	18
20.	COMPETENCIA	18
21.	COMUNICACIÓN.....	18
22.	PRESCRIPCIÓN	19
23.	INTERÉS MORATORIO.....	19
24.	INFORMES	19
25.	CLÁUSULA GENERAL DE ENFERMEDADES TERMINALES	19
VI.	SERVICIOS DE ASISTENCIA	21
VII.	CLÁUSULA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	24
VIII.	TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS MENCIONADOS EN LAS CONDICIONES.....	24
IX.	REGISTRO.....	28

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.
- **Asesor:** Persona designada por el Proveedor, que atenderá la llamada telefónica para brindar los servicios de asistencia.
- **Beneficiario:** Persona designada por el Asegurado quien recibe el beneficio económico al amparo del Contrato y de conformidad con las cobertura(s) contratada(s).
- **Contratante:** Persona 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, 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.
- **Familiar en primer grado:** Son el padre, la madre e hijos de una persona.
- **Institución:** HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- **Límite Máximo:** Monto máximo establecido por la Institución, que el Asegurado podrá contratar como Suma Asegurada total de todos los contratos de Seguro de Vida Individual que tenga celebrados con ésta.
- **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 de conformidad con la tabla de indemnización; 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 la fecha de terminación de Vigencia del Contrato, estipulado en la Carátula de la Póliza.
- **Prestador:** Es la persona física o moral con la cual HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC celebra un contrato para que realice el servicio de asistencia descrito en el presente Contrato.
- **Reclamante:** Es la persona que realiza el trámite ante la Institución, para obtener el beneficio de la póliza a consecuencia del fallecimiento del Asegurado.
- **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:** Plazo durante el cual el Contrato está en vigor y el Asegurado se encuentra cubierto. Este Contrato inicia y finaliza en las fechas indicadas en la carátula de la póliza, conforme al Plazo Contratado.

II. COBERTURA BÁSICA

1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (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 la Suma Asegurada vigente a la fecha del siniestro en los porcentajes asignados en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento, la Suma Asegurada no podrá exceder en una o varias pólizas el límite máximo establecido por la Institución para esta cobertura.

III. COBERTURAS ADICIONALES

1. MAPOC: MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y EN SU CASO MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA.

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 PERDIDAS ORGANICAS

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 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 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.
- El fallecimiento o la pérdida orgánica sea consecuencia de un accidente y además ocurra dentro de los 90 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

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, la Suma Asegurada no podrá exceder en una o varias pólizas el límite máximo establecido por la institución para esta cobertura.

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. Esta exclusión no aplica para la cobertura de Muerte Colectiva.

- c. Lesiones autoinfligidas, 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. 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. 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. TERMINACIÓN

Estas coberturas se terminarán en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años de edad.

4. BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS

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 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 y el Asegurado quede invalidado total y permanentemente a causa de un accidente o una enfermedad, 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% 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 costo.

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.

1.1 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. 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 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.
 - 4. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.
 - 5. Padecimientos preexistentes.

1.2 TERMINACIÓN

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

2. COBERTURAS DE INFARTO AL MIOCARDIO, CÁNCER DE PRÓSTATA, CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y CÁNCER DE MAMA

En caso de mencionarse en la carátula de la póliza como contratada, mediante esta cobertura, la Institución se obliga a pagar la suma asegurada de acuerdo a la cobertura contratada al propio Asegurado, si durante la vigencia de la póliza se le diagnostica cualquiera de los padecimientos descritos a continuación.

Cada padecimiento está limitado únicamente 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.

Periodo de espera. Para que el asegurado pueda gozar de los beneficios de esta cobertura deberán transcurrir treinta días naturales contados a partir de la fecha de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación. Este periodo solo aplica para los padecimientos de cáncer.

Periodo de Supervivencia. Para que el asegurado tenga derecho a la indemnización deberá sobrevivir 30 días naturales después de que se le diagnostique por primera vez el cáncer o infarto al miocardio.

2.1 INFARTO AL MIOCARDIO EN MUJERES Y HOMBRES

A) Indemnización por Infarto al Miocardio.

Definición.

Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio.

El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas (CPK-MB y troponinas).

2.2 CÁNCER EN MUJERES

A) Indemnización por diagnóstico de Cáncer de Mama.

Definición.

Tumor maligno que se forma en los tejidos de la mama y que se encuentra caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido mamario normal. Se indemnizará al diagnóstico de cualquier estadio siempre que no sea objeto de exclusión.

El cáncer de mama debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos. Para esta cobertura la fecha de siniestro será la del diagnóstico de acuerdo al estudio histológico.

B) Indemnización por diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino

Definición.

Tumor maligno del cuello uterino caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. Se indemnizará al diagnóstico de cualquier estadio siempre que no sea objeto de exclusión.

El cáncer de cuello uterino debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos. Para esta cobertura la fecha de siniestro será la del diagnóstico de acuerdo al estudio histológico.

2.3 CÁNCER EN HOMBRES

A) Indemnización por diagnóstico de Cáncer de Próstata.

Definición.

Tumor maligno de la próstata caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido prostático normal. Esta cobertura aplica sólo cuando el cáncer ha progresado a un estadio T2 o mayor.

El cáncer de próstata debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos. Para esta cobertura la fecha de siniestro será la del diagnóstico de acuerdo al estudio histológico.

2.4 EXCLUSIONES PARTICULARES PARA COBERTURAS DE CÁNCER:

A) Cáncer Cérvico Uterino

- **Carcinoma “in situ”, displasia cervical, NIC I, II y III y todas las situaciones de premalignidad.**
- **Padecimientos preexistentes.**

B) Cáncer de Mama

- **Carcinoma ductal “in situ” de mama.**
- **Padecimientos preexistentes.**

C) Cáncer de próstata

- **Cáncer de próstata en estadio clínico T1 (según clasificación TNM u otra clasificación equivalente).**
- **Padecimientos preexistentes.**

2.5 EXCLUSIONES PARTICULARES PARA COBERTURA DE INFARTO AL MIOCARDIO:

- **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 (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, todos los hechos importantes 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 importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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, 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.

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 del Asegurado al inicio del Contrato de seguro o con posterioridad.

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

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

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

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

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

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

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 Institución 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 Institución se indican en la carátula de la póliza.

Coberturas	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado	Vencimiento de las coberturas conforme a la edad alcanzada
Básica (Fallecimiento)	18 años	69 años	70 años del Asegurado
Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas	18 años	69 años	70 años del Asegurado
Invalidez Total y Permanente	18 años	64 años	65 años del Asegurado
Cáncer cérvico uterino, Cáncer de mama e Infarto al Miocardio (Mujer)	18 años	69 años	70 años del Asegurado
Cáncer de próstata e Infarto al Miocardio(Hombre)	18 años	69 años	70 años del Asegurado

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 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 Art. 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 cualesquiera persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada a el(los) suscrito(s), 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 de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, 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 notificación no se reciba oportunamente, 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 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 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 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 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 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 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.

13. TERMINACIÓN

El presente contrato de seguro se dará por terminado en caso de que se presente el fallecimiento del Asegurado o al terminarse la Vigencia del Contrato, lo que ocurra primero.

14. CANCELACIÓN

El Contrato se cancelará de forma anticipada:

- a. A petición del Contratante.-** La póliza quedará cancelada si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación se hará efectiva a la fecha del último día del periodo pagado.
- b. Automática.-** La póliza quedará automáticamente cancelada al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- c. Por límite máximo de Admisión por Suma Asegurada:**
La Institución se reserva el derecho de admisión, por exceder el cúmulo de Suma Asegurada.- Si el Asegurado celebra varios Contratos de seguro de vida individual con la Institución, correspondientes a este u otros productos, deberá considerar que las sumas aseguradas contratadas de todos los seguros contratados, respecto de cada cobertura, en suma no superen el Límite Máximo por cobertura por Asegurado.

En caso de que por cualquier causa la sumatoria de sumas aseguradas referidas resultare superior al Límite Máximo por cobertura por Asegurado, la Institución podrá reservarse el derecho de admisión el o los Contratos de seguro más recientes, hasta que la totalidad de sumas aseguradas de los Contratos que queden vigentes sea igual o inferior al Límite Máximo por cobertura por Asegurado, el monto de prima que resulte por dichas cancelaciones, será devuelto a la misma cuenta de la que se realizaron los cargos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles. 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.

15. REHABILITACIÓN

Si la póliza es cancelada de forma automática de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 inciso b), la póliza podrá ser rehabilitada en los siguientes supuestos:

- a) Rehabilitación Automática:** Esta podrá realizarse dentro de los 30 días naturales siguientes al periodo de gracia, siempre y cuando se cubran las primas en caso de haberlos ejercido a la fecha de rehabilitación.

16. 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 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 modificadas en perjuicio del Asegurado.

El importe de las primas en caso de renovación, corresponderá a la edad alcanzada 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 del Asegurado a la fecha de renovación alcance la edad establecida en la siguiente tabla:

Coberturas	Vencimiento de las coberturas conforme a la edad alcanzada
Básica (Fallecimiento)	70 años del Asegurado
Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas	70 años del Asegurado
Invalidez Total y Permanente	65 años del Asegurado
Cáncer cérvico uterino, Cáncer de mama e Infarto al Miocardio (Mujer)	70 años del Asegurado
Cáncer de próstata e Infarto al Miocardio(Hombre)	70 años del Asegurado

17. 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 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.

18. 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, cualquier adeudo pendiente por parte del Contratante, por concepto de primas vencidas.

19. PROMOCIONES

La Institución podrá otorgar al asegurado o contratante al momento de la contratación y durante la vigencia del seguro, promociones, descuentos, reducción de primas u algún otro beneficio siempre que se encuentre estipulado en la póliza.

20. 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 del domicilio de dicha delegación.

21. 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.

La Institución podrá cambiar de domicilio con efectos para este Contrato, comunicando al asegurado la nueva dirección de conformidad con la normativa aplicable.

Las comunicaciones, avisos y notificaciones de la Institución al Contratante, Asegurado(s) y/o Beneficiario(s), 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 o depósito 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.

22. PRESCRIPCIÓN

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

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

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

23. 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.

24. INFORMES

Durante la Vigencia de la póliza, 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

25. CLÁUSULA GENERAL DE 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 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 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 por Fallecimiento 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.

- **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) el saldo correspondiente a préstamos e intereses a cargo del Asegurado o Contratante no sea mayor al 50% del valor de rescate a la fecha de solicitud del anticipo;
- c) 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;
- d) si el Contratante es distinto al Asegurado, será necesario que el Contratante otorgue 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 por Fallecimiento, 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 la fecha fin del plazo de la póliza
- Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Supervivencia, es decir la indemnización que se pague al propio Asegurado, si éste llega con vida a la fecha de fin del plazo de la póliza.
- Valores garantizados (Valor de rescate o cualquier otro definido en la póliza), es decir el importe que el Asegurado tiene derecho a recibir si la póliza es cancelada entre la fecha de pago del Anticipo por enfermedad terminal y la fecha fin del plazo de la póliza; así como el importe de valor de rescate para validar contra el saldo adeudado por préstamos.

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 por Fallecimiento.
- b) Fallece el Asegurado.
- c) Se Cancelan las Coberturas Básicas de la póliza.

VI. SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL Y FUNERARIA

A) DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: Los Servicios consistirán en:

La Institución, a través del Prestador contratado, se obliga a proporcionar al Asegurado, Beneficiario, Familiar en primer grado 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 el Prestador proporcionará los siguientes servicios:

1. Servicios Funerarios.

En caso de muerte del Asegurado, 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 se 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, siempre y cuando sea dentro de la República Mexicana.

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 los servicios funerarios 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:

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. 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 de asistencia telefónica para 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.

VII. CLÁUSULA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Institución entregará al Asegurado o al contratante la póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones que deriven de los contratos de seguro individual que se celebren a través de los siguientes medios:

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

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 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 del Distrito Federal y área Metropolitana al teléfono 57213322 o del Interior de la República Mexicana sin costo al teléfono 0155 57213322., donde le indicarán la forma de obtener la documentación de su seguro contratado.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o contratante, deberá comunicarse del Distrito Federal y área Metropolitana al teléfono 57213322 o del Interior de la República Mexicana sin costo al teléfono 0155 57213322., La Institución emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

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.

VIII. 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.

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. 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.
- 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. 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.

IX. REGISTRO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 6 de noviembre de 2015, con el número CNSF-S0077-0511-2015.

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

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Avenida Paseo de la Reforma No. 347 Oficina 5 Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc, C.P.:06500, México, D.F. Teléfono de atención: 5721-5661, Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas (horario de la Ciudad de México). Correo electrónico: mexico_une@hsbc.com.mx.

CONDUSEF: Teléfono (55) 5340 – 0999 y (01 800) 999 8080 o visite la página de internet www.condusef.gob.mx. Correo electrónico de atención: asesoría@condusef.gob.mx.