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

VIDA y AHORRO DOTAL HSBC

Fecha

_____

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 (treinta) 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”

I. DEFINICIONES. 3
II. COBERTURA BÁSICA: COBERTURA POR SUPERVIVENCIA. 4
III. COBERTURA BÁSICA: COBERTURA POR FALLECIMIENTO. 4
1. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS FUNERARIOS. 4
1.1. REQUISITOS. 5
1.2 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA. 5
2. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDADES TERMINALES. 5
2.1 REQUISITOS. 5
2.2. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA. 5
IV. PRÉSTAMO ORDINARIO. 6
V. SEGURO PRORROGADO. 6
VI. CLÁUSULAS GENERALES. 7
1. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO. 7
2. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES. 7
3. DISPUTABILIDAD. 7
4. SUICIDIO. 8
5. EDAD. 8
6. AVISO DE SINIESTRO. 9
7. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO. 9
8. BENEFICIARIOS. 10
9. PRIMAS. 11
10. PERIODO DE GRACIA. 11
11. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. 11
12. VALOR DE RESCATE. 12
13. DESCUENTO. 12
14. REHABILITACIÓN. 13
15. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA. 13
16. MONEDA. 13
17. PLAZO PARA EL PAGO DE SUMA ASEGURADA. 13
18. CLÁUSULA FISCAL. 14
19. COMPETENCIA. 14
20. COMUNICACIÓN. 14
21. PRESCRIPCIÓN. 14
22. INDEMNIZACIÓN POR MORA. 15
23. INFORMES. 15
24. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL. 15
25. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. 15
26. AGRAVACIÓN DEL RIESGO. 17
27. FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS. 18
VII. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS. 19
VIII. DOMICILIO UNE Y CONDUSEF 29
IX. LEYENDA DE REGISTRO. 29

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.

- **Año Póliza:** Es el período de 12 (doce) meses contados a partir del inicio de la Vigencia de la Póliza y de cada aniversario del mismo.

- **Asegurado:** Es la persona física que se encuentra expuesta a cualquier riesgo amparado por la Póliza y que también tendrá el carácter de Contratante.

- **Beneficiario**: Es la persona física a quien le corresponde el derecho de cobro del Siniestro que en su caso proceda en términos de este Contrato de Seguro.

- **Cobertura por Supervivencia del Seguro Prorrogado:** Es el monto que el Contratante recibirá en caso de que el plazo del Seguro Prorrogado sea igual que el plazo restante original y exista un excedente de Valor de Rescate, este se pagará al Asegurado al final del Seguro Prorrogado.

- **Contratante:** Es la persona física que celebra el Contrato de Seguro con la Institución y que se encuentra obligada al pago de la Prima.

- **Contrato de Seguro o Póliza:** Es el acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante que se compone de la solicitud del seguro, la carátula, las condiciones generales, Endosos, tabla de valores garantizados así como los beneficios adicionales que se agreguen.

- **Endoso:** Es el documento emitido por la Institución, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte de las condiciones establecidas en el Contrato de Seguro, mediante acuerdo entre las partes.

- **Enfermedad Terminal:** Es toda alteración de la salud, diagnosticada por un médico con cédula profesional que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar su evolución, y que por ello previsiblemente conlleva a la muerte en un plazo no mayor a 12 (doce) meses.

- **Fin de Vigencia:** Es el momento en el cual ha transcurrido por completo el Plazo Contratado.

- **Institución:** Es HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.

- **Operaciones Electrónicas:** Son el conjunto de operaciones y servicios que la Institución realiza con sus clientes a través de medios electrónicos.

- **Periodo de Espera:** Es el tiempo que debe transcurrir desde el inicio de vigencia de la Póliza o del beneficio adicional y hasta la fecha a partir de la cual inician las obligaciones a cargo de la Institución.

- **Plazo Contratado:** Es el tiempo que transcurre en años desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y hasta la fecha estipulada en la carátula de Póliza.

- **Prima:** Es la contraprestación que ha de cubrir el Contratante a la Institución con motivo de la cobertura de riesgo.

- **Reclamante:** Es la persona que realiza el trámite de reclamación por Siniestro ante la Institución.

- **Seguro Prorrogado:** Es la opción que tiene el Contratante de mantener vigente la cobertura de fallecimiento por falta de pago de Primas o a solicitud de este, conservando la misma Suma Asegurada contratada, por el plazo determinado por la Institución con base en el Valor de Rescate.

- **Siniestro:** Es la ocurrencia del riesgo amparado bajo los términos y condiciones pactados en el Contrato de Seguro y cuya materialización genera la obligación de pagar la Suma Asegurada al Asegurado o Beneficiario, según sea el caso.

- **Suma Asegurada:** Es el valor indicado en la carátula de la Póliza o último Endoso correspondiente, para cada cobertura contratada.

- **UDIS:** Unidades de Inversión.

- **Valor de Rescate:** Es la cantidad de dinero que el Contratante puede recuperar al momento de cancelar el Contrato de Seguro o bien, aplicar la cantidad de dinero al seguro prorrogado.

- **Vigencia del Contrato de Seguro:** Es el tiempo durante el cual el Contrato de Seguro está en vigor y el Asegurado se encuentra cubierto de acuerdo con las fechas indicadas en la carátula de la Póliza.

II. COBERTURA BÁSICA: COBERTURA POR SUPERVIVENCIA.

En caso de ocurrir el riesgo amparado por este Contrato de Seguro, consistente en la supervivencia del Asegurado la Institución pagará al Asegurado la Suma Asegurada por supervivencia cuando llegue con vida al Fin de Vigencia conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza.

III. COBERTURA BÁSICA: COBERTURA POR FALLECIMIENTO.

En caso de ocurrir el riesgo amparado por este Contrato de Seguro, consistente en el fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia de la Póliza, la Institución pagará a los Beneficiarios, en los porcentajes asignados en la última designación de que tenga conocimiento, la Suma Asegurada por fallecimiento vigente a la fecha del Siniestro.

1. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS FUNERARIOS.

El objeto de este anticipo es otorgar a los Beneficiarios un adelanto de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza o último Endoso. Este anticipo será pagado al primer Beneficiario que lo reclame y en caso de que dicho pago del anticipo exceda el monto de la Suma Asegurada que le fue asignado, los demás Beneficiarios podrán reclamar el anticipo restante.

Cualquier pago realizado con base en este beneficio es en carácter de anticipo y no obligará a la Institución a pagar el resto de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento. La Institución tendrá derecho a recuperar el anticipo en caso de que el pago de la Suma Asegurada por fallecimiento resulte improcedente.

1.1. REQUISITOS.

El pago del anticipo de Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento para gastos funerarios será procedente siempre y cuando:

a) El Contrato de Seguro se encuentre vigente a la fecha del fallecimiento;

b) El fallecimiento se presente una vez transcurrido el Periodo de Espera de 730 (setecientos treinta) días naturales o de su última rehabilitación, y

c) El Reclamante presente a la Institución solicitud por escrito del anticipo, acompañada del acta o certificado de defunción.

1.2 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Una vez realizado el pago del anticipo de Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento para gastos funerarios se disminuirá por el monto de dicho pago.

2. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDADES TERMINALES.

El objeto de este beneficio es otorgar al Asegurado un anticipo de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza o último Endoso, siempre que el Asegurado sea diagnosticado con una Enfermedad Terminal.

2.1 REQUISITOS.

El pago del anticipo de Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento en caso de Enfermedades Terminales será procedente siempre y cuando:

a. El Contrato de Seguro se encuentre vigente a la fecha de la solicitud del anticipo;

b. La Enfermedad Terminal se diagnostique una vez transcurrido el Periodo de Espera de 730 (setecientos treinta) días naturales o de su última rehabilitación, y

c. El Reclamante presente a la Institución la solicitud por escrito del anticipo, acompañada de un dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, que no sea familiar del Asegurado, indicando fecha de inicio, diagnóstico, evolución, tratamiento y fecha en que la Enfermedad Terminal se diagnosticó; así como de todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la Enfermedad Terminal del Asegurado y acepte someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

En caso de haberse realizado el pago del anticipo de Suma Asegurada de este beneficio, la Póliza no será elegible para la conversión a seguro prorrogado.

2.2. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Una vez realizado el pago del anticipo de Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento en caso de Enfermedades Terminales se disminuirán en un 50% (cincuenta por ciento) los conceptos siguientes:

a) La Suma Asegurada por la cobertura por fallecimiento;

b) La Suma Asegurada por la cobertura por sobrevivencia, y

c) El Valor de Rescate.

El Contratante deberá continuar realizando el pago de las Primas establecidas por la Institución por las coberturas y beneficios adicionales originalmente contratados o que consten en el último Endoso. En ningún caso se considerará que una Enfermedad Terminal constituye una Agravación del Riesgo.

IV. PRÉSTAMO ORDINARIO.

El Contratante tendrá derecho a solicitar un préstamo ordinario que no podrá exceder el 80% (ochenta por ciento) del Valor de Rescate de la cobertura básica indicado en la tabla de valores garantizados, dicho préstamo más los intereses no podrán exceder el Valor de Rescate de la cobertura básica, el cual podrá ser solicitado a la Institución a través de los medios siguientes:

1) Por escrito en cualquier sucursal HSBC. La Institución proporcionará un folio como acuse de recibo que será el comprobante de que el Contratante solicitó un préstamo ordinario.

2) Vía telefónica en la Ciudad de México, área Metropolitana o del Interior de la República Mexicana al teléfono 55 5721 3322. La Institución emitirá un folio que será el comprobante de que el Asegurado solicitó un préstamo ordinario.

Para determinar el Valor de Rescate la Institución utilizará la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para determinar los valores correspondientes.

El monto del préstamo estará denominado en UDIS y generará intereses a la tasa anual del 6 % (seis por ciento). Dichos intereses se cobrarán mensualmente con cargo al Valor de Rescate de las coberturas básicas, hasta que el Contratante liquide el préstamo.

El préstamo podrá ser pagado por el Contratante en cualquier momento, ya sea en un solo pago o en pagos parciales.

La Póliza continuará en vigor mientras el préstamo y sus intereses sean inferiores al Valor de Rescate, en caso contrario el Contrato de Seguro se dará por terminado.

El préstamo en virtud de esta cláusula será compensado contra la liquidación final que otorgue la Institución al momento de dar por terminado el Contrato de Seguro.

V. SEGURO PRORROGADO.

El Contratante podrá solicitar por escrito o vía telefónica a la Institución durante la vigencia del Contrato de Seguro el cambio a un Seguro Prorrogado o en su caso de conformidad con lo establecido en el tercer párrafo de la cláusula 10. Periodo de Gracia.

El Seguro Prorrogado mantendrá la Suma Asegurada por fallecimiento vigente a la fecha de cambio, sin pago posterior de Primas, por el plazo que resulte de los cálculos realizados por la Institución de acuerdo con los procedimientos que para ello tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en caso de que el plazo resulte igual o mayor al Plazo Contratado y hubiese un excedente

del Valor de Rescate, dicho excedente se utilizará para otorgar una Cobertura por Supervivencia del Seguro Prorrogado con Fin de Vigencia igual a la del Contrato de Seguro, en caso de no haber excedente del Valor de Rescate, la cobertura por supervivencia se dará por terminada al momento de la conversión.

La Prima del Seguro Prorrogado será cubierta mediante pago único utilizando el Valor de Rescate.

Los beneficios adicionales contratados se darán por terminados al momento de la conversión.

La Institución emitirá un Endoso de la conversión a Seguro Prorrogado.

VI. CLÁUSULAS GENERALES.

1. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO.

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 Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 (treinta) días naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones en términos del artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Institución, sobre 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 de Seguro.

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 de Seguro, aunque dichos hechos no hayan influido en la realización del Siniestro en términos de los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3. DISPUTABILIDAD.

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 2 (dos) primeros años del Plazo Contratado por omisión o inexacta declaración por parte de Asegurado de los hechos necesarios para que la Institución aprecie el riesgo. Cualquier cobertura que se agregue posteriormente al Contrato de Seguro será disputable dentro de los 2 (dos) primeros años a partir de su fecha de inicio de vigencia.

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

4. SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de la Vigencia del Contrato de 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.

5. EDAD.

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

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 real del Asegurado, la Institución no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión por edad fijados por la Institución, pero en este caso se devolverá al Contratante la reserva matemática del Contrato de Seguro calculada a la fecha de su terminación.

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

> **Edad real mayor a la declarada:** Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad real 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 de Seguro.
>
> **Edad real menor a la declarada:** Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad real del Asegurado, se pague una Prima mayor de la que correspondería por la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar al Contratante 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 de Seguro. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del Siniestro, se descubre que la edad real manifestada en la solicitud del Contrato de Seguro fue incorrecta, pero que la edad real se encontraba dentro de los límites de admisión por edad 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 de Seguro.

Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del Contrato de Seguro al descubrirse la inexactitud de la edad real del Asegurado, la Institución tendrá derecho a solicitar el pago de lo indebido respecto de lo que se hubiera pagado de más, incluyendo los intereses respectivos, considerando que el Contrato de Seguro es nulo si en la fecha de inicio de la Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión por edad fijados por la Institución.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución son los comprendidos entre el mínimo de 18 (dieciocho) años y el máximo de 70 (setenta) años.

6. 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 de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución

El Reclamante gozará de un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles para dar el aviso que deberá ser por escrito, vía digital o por vía telefónica, salvo caso fortuito o fuerza mayor en que el Reclamante deberá avisar a la Institución tan pronto como cese el impedimento.

7. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

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

Al presentarse alguna reclamación, la Institución tendrá el derecho de exigir del Reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Al efecto, el Asegurado autoriza a cualesquiera autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualquier persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada con la reclamación o el 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 Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Reclamante deberá presentar:

a) Formato de reclamación de pago de indemnización por Siniestro proporcionado por la Institución;

b) Informe médico o resumen médico en hoja membretada o sellada por la institución médica, tratándose de Siniestros ocurridos en los 2 (dos) primeros años del Plazo Contratado, se deberá indicar los antecedentes personales patológicos y no patológicos con fechas de inicio y/o diagnóstico de padecimientos.
c) Acta de defunción (digital o copia certificada), no mayor a 3 (tres) meses de antigüedad;
d) La documentación del Asegurado siguiente:

    1. Identificación oficial (en caso de que cuente con ella);
    2. Clave Única de Registro de Población, y
    3. Comprobante de domicilio no mayor a 3 (tres) meses de antigüedad;

e) La documentación de cada Beneficiario siguiente:

    1. Identificación oficial vigente;
    2. Comprobante de domicilio no mayor a 3 (tres) meses de antigüedad, y

3. Estado de cuenta bancario completo.

En caso de anticipo de Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento en caso de Enfermedad Terminal del Asegurado, el Reclamante deberá presentar:

a) Formato de reclamación de pago de indemnización por Siniestro proporcionado por la Institución;

b) Dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, que no sea familiar del Asegurado, indicando fecha de inicio, diagnóstico, evolución, tratamiento y fecha en que la Enfermedad Terminal se diagnosticó; así como de todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la Enfermedad Terminal del Asegurado y acepte someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

c) La documentación del Asegurado siguiente:

1. Acta de nacimiento (copia simple);
2. Identificación oficial (en caso de que cuente con ella);
3. Clave Única de Registro de Población;
4. Comprobante de domicilio no mayor a 3 (tres) meses de antigüedad, y
5. Estado de cuenta bancario completo.

En caso de supervivencia del Asegurado, el Reclamante deberá presentar:

1. Identificación oficial (original y copia simple), y
2. Comprobante de domicilio no mayor a 3 (tres) meses de antigüedad (original y copia simple en caso de que el domicilio sea diferente al de la identificación oficial).

De conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, esta Institución podrá solicitar documentación adicional siempre y cuando tenga relación con los hechos y el Siniestro.

8. BENEFICIARIOS.

En caso de que el Asegurado falleciere, las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas se pagarán, de ser procedente, conforme a la última designación de Beneficiarios indicada por el Asegurado.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito o por el medio que ponga a su disposición la Institución, indicando el nombre del Beneficiario, parentesco y porcentaje.

En caso de que la Institución no reciba la notificación previamente a la realización del Siniestro, efectuará el pago de la Suma Asegurada conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de la obligación contraída bajo este Contrato de Seguro.

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 designado, así como a la Institución y

se haga constar en la carátula de la Póliza, como lo establece el artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios designados hubiese fallecido alguno de ellos o se reusare por escrito a recibir el porcentaje de la Suma Asegurada que le corresponda, el porcentaje que se le haya asignado se dividirá en partes iguales y se distribuirá entre los otros Beneficiarios, salvo indicación en contrario del Asegurado. Si los Beneficiarios murieren antes o al mismo tiempo que el Asegurado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de Beneficiario, en cuyo caso se pagará a la sucesión del Beneficiario de que se trate.

9. PRIMAS.

El Contratante deberá pagar la Prima anual de las coberturas que contrate, a partir de la fecha de inicio de la Vigencia de la Póliza y en cada aniversario de este Contrato de Seguro durante el plazo de pago de Primas estipulado en la carátula de la Póliza.

El Contratante 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, venciendo la Prima anual o fracción de ésta al inicio de cada periodo pactado.

La tasa de financiamiento aparece en la carátula de la Póliza y se podrá modificar por la Institución en cada aniversario de la Póliza.

El pago de la Prima se hará con cargo a la cuenta o a la tarjeta de crédito del Contratante indicada por éste, en cuyo caso el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, tendrá los mismos efectos que el recibo expedido por la Institución y hará prueba plena de que la Institución ha cobrado la Prima respectiva, aun cuando la Institución no haya entregado el recibo correspondiente.

10. PERIODO DE GRACIA.

En caso de que la cuenta o a la tarjeta de crédito del Contratante no tenga saldo suficiente para pagar la Prima al inicio de cada periodo, la Institución intentará hacerle el cargo de forma recurrente dentro de los 60 (sesenta) días naturales siguientes a dicha fecha, que es el periodo de gracia que se otorga al Contratante para hacer el pago de la Prima vencida.

Si dentro del periodo de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el Contrato de Seguro, la Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente en términos de la cláusula 17. Plazo para el Pago de Suma Asegurada del presente Contrato de Seguro.

Si no se puede realizar el cobro de la Prima en el periodo indicado, los efectos del presente Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de dicho periodo, salvo que la Póliza tenga Valor de Rescate, en cuyo caso se convertirá automáticamente en seguro prorrogado.

11. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

El presente Contrato de Seguro se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos siguientes:

a) Fallecimiento del Asegurado dentro de la Vigencia de la Póliza;

b) Supervivencia del Asegurado al término de la Vigencia de la Póliza;

c) Tratándose del seguro prorrogado, por el término del plazo;

d) La Prima no hubiese sido pagada por el Contratante dentro del periodo de gracia y no haya Valor de Rescate;

e) El Contratante solicite la cancelación de Póliza, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

f) Se extingan de pleno derecho las obligaciones del Contrato de Seguro en términos de la cláusula 2. Omisiones e Inexactas Declaraciones.

g) Cuando se extingan de pleno derecho las obligaciones del Contrato de Seguro en términos de la cláusula 27. Agravación del Riesgo, o

h) Cuando el préstamo y sus intereses sea igual o mayor al Valor de Rescate.

12. VALOR DE RESCATE.

El Contratante podrá solicitar a la Institución la liquidación del Valor de Rescate, a través de los medios siguientes:

1. Por escrito en cualquier sucursal HSBC. La Institución proporcionará un folio como acuse de recibo que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate y de que la Póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

2. Vía telefónica en la Ciudad de México, área Metropolitana o del Interior de la República Mexicana al teléfono 55 5721 3322. La Institución emitirá un folio que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate y de que la Póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

El Contratante podrá obtener como Valor de Rescate, el importe que se indica en la tabla de valores garantizados, correspondiente al número de Primas anuales pagadas, en todo caso, el Valor de Rescate se calculará considerando las parcialidades pagadas de la Prima anual y el tiempo transcurrido desde el Año Póliza anterior.

En caso del seguro prorrogado, el importe que se indica en la nueva tabla de valores garantizados que será entregada al prorrogarse el Contrato de Seguro.

Al liquidar el Valor de Rescate, la Institución deducirá cualquier adeudo o anticipo derivado de este Contrato de Seguro.

Los Valores de Rescate que se muestran en la tabla son los correspondientes al cierre del año Póliza. En caso de que al momento de solicitar el Valor de Rescate o seguro prorrogado se tengan meses completos transcurridos dentro del año en curso, se utilizará la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para determinar los valores correspondientes.

13. DESCUENTO.

La Institución podrá otorgar al Contratante, al momento de la contratación de la Póliza, un descuento para Asegurados de sexo femenino, para efectos de determinación de la Prima y Valor de Rescate de las coberturas básicas del seguro, considerando una edad hasta 3 (tres) años inferior a su edad real. La edad de descuento no podrá ser menor a los 18 (dieciocho) años.

14. REHABILITACIÓN.

El Contratante podrá rehabilitar este Contrato de Seguro durante los 30 (treinta) días naturales siguientes a la terminación del periodo de gracia, mediante el pago de la(s) Prima(s) pendientes de pago. Una vez rehabilitado, la Institución emitirá la carátula de Póliza correspondiente. En el caso de que ocurriese una eventualidad entre la terminación del periodo de gracia y la rehabilitación del Contrato de Seguro, la Institución no pagará Suma Asegurada alguna.

En caso de que el seguro se hubiese convertido en un seguro prorrogado, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo en cualquier momento dentro de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días naturales posteriores a la fecha de conversión, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

a) El Contratante lo solicite por escrito a la Institución;

b) El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad relativos a su estado de salud, edad y ocupación que la Institución le requiera, y

c) El Contratante pague el importe del ajuste determinado por la Institución correspondiente al periodo comprendido desde la fecha de conversión hasta la fecha de rehabilitación.

Este Contrato de Seguro se considerará rehabilitado a partir del día en que la Institución comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

15. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Cuando el Contratante solicite una reducción de Suma Asegurada, podrá obtener el Valor de Rescate que en su caso resulte.

Al liquidar el Valor de Rescate, la Institución deducirá cualquier adeudo o anticipo derivado de este Contrato de Seguro, la Institución emitirá el Endoso donde se establezca la nueva Suma Asegurada, la Prima y la fecha a partir de la cual se hace efectiva dicha reducción.

16. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, realizados por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente y al valor de las Unidades de Inversión que se publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha del pago y de acuerdo con lo establecido en la carátula de la Póliza.

17. PLAZO PARA EL PAGO DE SUMA ASEGURADA.

La Institución pagará la Suma Asegurada al Asegurado o Beneficiario dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Institución reciba la documentación completa que acredite la realización de la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro y el derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que la Institución solicite en los formatos correspondientes.

La Institución deducirá del pago que corresponda la Prima devengada no pagada para todas las coberturas contratadas y los beneficios adicionales, la Prima no cobrada por devengar del Año Póliza correspondiente a la cobertura o beneficio adicional siniestrada, así como cualquier otro adeudo o anticipo derivado de este Contrato de Seguro.

La Institución pagará la Suma Asegurada de la cobertura de supervivencia al Asegurado a la cuenta en que se efectuaba el pago de la Prima del Contrato de Seguro, salvo solicitud en contrario.

18. CLÁUSULA FISCAL.

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

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

19. 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 (CONDUSEF) en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia por territorio 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.

20. COMUNICACIÓN.

Las comunicaciones, avisos y notificaciones a la Institución deberán realizarse en las oficinas de la Institución, cuyo domicilio se indica en la carátula de la Póliza, surtiendo sus efectos en la fecha de su presentación. Dichas comunicaciones podrán efectuarse también a través de los medios que la Institución disponga.

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

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

a) Por escrito presentado ante 2 (dos) testigos o con la intervención de fedatario público, surtiendo sus efectos la notificación a partir de la fecha de entrega del comunicado en el domicilio respectivo;

b) Mediante correo certificado o a través de mensajería especializada con acuse de recibo;

c) Mediante aviso publicado en 1 (un) periódico de circulación nacional, o bien

d) A través de autoridad judicial.

21. 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.

I. En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento.
II. En 2 (dos) años, para las demás coberturas.

En todos los casos, los plazos serán contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo las excepciones consignadas en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias; por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago.

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

22. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

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 Reclamante, no cumpla con el pago de la Suma Asegurada asumida por este Contrato de Seguro al hacerse exigible legalmente, en términos de la legislación vigente, pagará la indemnización por mora que corresponda, en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

23. 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 de Seguro. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

24. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

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

a) De manera personal a través del ejecutivo de HSBC México o del promotor de la persona moral que distribuya el Contrato de Seguro;

b) Envío a domicilio mediante correo en caso de que así se haya solicitado por el Contratante o Asegurado, o

c) Envío a dirección de correo electrónico en caso de que así se haya solicitado por el Contratante o Asegurado.

Si el Contratante o Asegurado no recibe la documentación de su Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado la Póliza o en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente y podrá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono 55 5721 3322, donde le indicarán la forma en que se le hará la entrega correspondiente.

25. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.

El Contratante o Asegurado podrán realizar según corresponda a través de medios electrónicos tales como página de internet, aplicaciones en dispositivos móviles, vía telefónica y cajeros automáticos de HSBC México, siempre que dicho medio lo permita, las Operaciones Electrónicas siguientes:

a) Contratación, cancelación, solicitud, aceptación o emisión de Endosos del Contrato de Seguro;
b) Alta y modificación del medio de notificación o entrega de documentación contractual;
c) Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;
d) Desbloqueo de contraseñas o números de identificación personal, así como para la reactivación del uso de los servicios de Operaciones Electrónicas;
e) Modificación de contraseñas o números de identificación personal;
f) Solicitud de Valor de Rescate, y
g) Modificación de la designación de Beneficiarios o el porcentaje asignado a los mismos.

El Reclamante podrá realizar según corresponda a través de medios electrónicos tales como página de internet, aplicaciones en dispositivos móviles y vía telefónica, siempre que dicho medio lo permita, el aviso y reclamación por Siniestro.

Los mecanismos que se utilizarán para realizar las Operaciones Electrónicas, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución, son los siguientes:

a) Cada vez que se solicite llevar a cabo una Operación Electrónica, la Institución solicitará información personal y del producto contratado para identificar al solicitante de la Operación Electrónica y aplicará el factor de autenticación requerido para el tipo de Operación Electrónica de que se trate;

b) De acuerdo con la Operación Electrónica solicitada, se aplicará un proceso para la confirmación de la Operación Electrónica correspondiente;

c) Una vez confirmada la Operación Electrónica de que se trate, la Institución notificará al solicitante de la Operación Electrónica realizada a través de los medios electrónicos disponibles, y, en su caso, enviará la documentación contractual;

d) En caso de que el Contratante o Asegurado no reconozca la Operación Electrónica deberá comunicarse al teléfono 55 5721 3322, y

e) La Institución pondrá a disposición del Asegurado a través de su página de internet www.hsbc.com.mx/seguros/condiciones-generales/, los Términos y Condiciones para el uso de Medios Electrónicos.

La Institución solicitará los datos de algún medio de comunicación del Asegurado, tales como su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para la recepción de mensajes, a fin de que se e hagan llegar las modificaciones de la Operación Electrónica realizada y, en su caso, la documentación contractual.

Las Operaciones Electrónicas realizadas a través de medios electrónicos tendrán validez y no podrán ser desconocidas, repudiadas, rechazadas o revocadas por el Asegurado, así como por la Institución.

La Institución no será responsable en caso de que las Operaciones Electrónicas no se puedan efectuar por caso fortuito y/o fuerza mayor, por desperfectos, caída de sistemas o de cómputo, mal funcionamiento o suspensión de los medios de comunicación (incluyendo los medios electrónicos) o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo.

26. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Las obligaciones de la Institución cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante la Vigencia de la Póliza de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53, fracción I, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Institución las agravaciones esenciales que tenga el riesgo dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución en lo sucesivo, en términos del artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga, en términos del artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Contratante perderá las Primas anticipadas, en términos del artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de la Institución quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante, Asegurado, Beneficiario o los representantes de cualquiera de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el Siniestro, en términos del artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

En su caso, las obligaciones del Contrato de Seguro serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

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

Antes y durante la contratación del seguro, el Contratante tiene derecho a:

a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales;

b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de la Institución o del intermediario autorizado para la promoción y venta de los seguros;

c) Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del Contrato de Seguro;

d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que lo solicite, copia de la Póliza en la que consten tanto sus derechos y obligaciones;

e) Recibir explicación de la Prima, así como de las formas de pago del mismo;

f) Conocer el importe de la compensación directa que la Institución paga a los intermediarios por la distribución del seguro;

g) Pedir la rectificación de su Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación;

h) Cancelar el seguro en cualquier momento de conformidad con la cláusula 12. Valor de Rescate.

.

Antes y durante la contratación del seguro, el Asegurado tiene derecho a:

a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales;

b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de la Institución o del intermediario autorizado para la promoción y venta de los seguros;

c) Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del Contrato de Seguro.

d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que lo solicite, copia de la Póliza en la que conste tanto sus derechos y obligaciones;

e) Pedir la rectificación de su Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación.

Al ocurrir un Siniestro los Beneficiarios del seguro tienen derecho a:

a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes establecidas en el Contrato de Seguro en función a la Suma Asegurada contratada, aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la Prima de seguro;

b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas, de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas;

c) Presentar una reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), tiene derecho a solicitar a dicha Comisión, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

d) Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), si es Beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

VII. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

Artículo 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.

Artículo 276 Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en

que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la

Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

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

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes,

condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

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

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

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

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

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

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 52 El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso

o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

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

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

Artículo 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.

Artículo 70 Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82 El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 176 El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al Beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139 Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y multa de cuatrocientas a mil doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

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

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

A quien utilice aeronaves pilotadas a distancia para cometer las conductas previstas en la fracción

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

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

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

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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

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

Artículo 400 Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

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

II.- Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III.- Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

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

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio.

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

Artículo 400 Bis

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

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

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

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

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

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las

facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

VIII. DOMICILIO UNE Y CONDUSEF

La Institución tiene a disposición del Contratante, Asegurado y Beneficiario una Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en la Ciudad de México, México. Teléfono de contacto UNE 55 5721 5661. Correo electrónico UNE: mexico_une@hsbc.com.mx. El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas (horario de la Ciudad de México).

Para consultar los datos del encargado regional de la Entidad Federativa a la que pertenece, ingrese a www.hsbc.com.mx, llame al número telefónico de la UNE o acuda a la sucursal de HSBC más cercana.

La Institución hace del conocimiento del Contratante, Asegurado y Beneficiario los datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Teléfono: 5553400999 y 8009998080. Página de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

IX. LEYENDA DE REGISTRO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de febrero de 2026, con el número CNSF-S0077-0036-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026, del día 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.

Beneficio Adicional para la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.

I. DEFINICIONES.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este beneficio adicional, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación, así mismo, los términos que no se encuentran definidos, tendrán el significado atribuido en las condiciones generales del Contrato de Seguro del cual forma parte este beneficio adicional.

- **Accidente:** Es el acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

- **Culpa Grave:** Es la negligencia atribuible al Asegurado, quien estando en posibilidad de realizar los actos mínimos y elementales a efecto de evitar que el Siniestro suceda, no los realice.

- **Práctica Amateur:** Es la actividad deportiva que se realiza sin que el deportista reciba una remuneración económica por practicar o competir en una o varias disciplinas.

- **Práctica Ocasional:** Es la actividad deportiva que promueve, fomenta y estimula la participación en actividades con finalidades recreativas, educativas y de salud o rehabilitación.

- **Práctica Profesional:** Es la actividad deportiva en la que el deportista practica y compite en una o varias disciplinas y se sujeta a una relación de trabajo, obteniendo una remuneración económica por su práctica.

II. BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

1. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.

En caso de mencionarse en la carátula de la Póliza como contratado este beneficio adicional, la Institución pagará la Suma Asegurada vigente conforme a la última designación de Beneficiarios indicada por el Asegurado, en una sola exhibición, siempre y cuando este beneficio adicional se encuentre vigente al momento de ocurrir el Siniestro, el Asegurado falleciere a causa de un Accidente o dentro de los 90 (noventa) días naturales de ocurrido el mismo y se cumplan las demás condiciones establecidas en este beneficio adicional.

Si la Institución llegara a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de pérdidas orgánicas, la Suma Asegurada de muerte accidental se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo u otro Accidente. La suma de las indemnizaciones a

pagar respecto de las coberturas de muerte accidental y pérdidas orgánicas, en ningún caso será superior al importe de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza.

2. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

En caso de mencionarse en la carátula de la Póliza como contratada, mediante este beneficio adicional, la Institución pagará la Suma Asegurada vigente al Asegurado, en una sola exhibición, siempre y cuando este beneficio adicional se encuentre vigente al momento de ocurrir el Siniestro, el Asegurado dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurra un Accidente, sufra cualquiera de las pérdidas orgánicas que se indican a continuación y se cumplan las demás condiciones establecidas en este beneficio adicional.

Pérdida Orgánica	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.	**100%**
Una mano y un pie.	**100%**
Una mano o un pie y la vista de un ojo.	**100%**
Una mano o un pie.	**50%**
La vista de un ojo.	**30%**
El pulgar de cualquier mano.	**15%**
El índice de cualquier mano.	**10%**

El Contratante deberá continuar realizando el pago de las Primas establecidas por la Institución por las coberturas y beneficios adicionales originalmente contratados o que consten en el último Endoso.

Cuando la reclamación de las pérdidas orgánicas equivale al 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada contratada, se cancelará el presente beneficio adicional.

A fin de determinar la pérdida orgánica, el Asegurado deberá presentar a la Institución, dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, que no sea familiar del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su pérdida orgánica. En su caso, para determinar la improcedencia de la pérdida orgánica, la Institución deberá apoyarse en un dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos y en caso de proceder la pérdida orgánica, la Institución cubrirá lo correspondiente en términos de este beneficio adicional.

III. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre la muerte accidental y pérdidas orgánicas del Asegurado, originado por:

1. Accidentes por participación del Asegurado en:

a) Servicio militar, actos de guerra, sedición, revolución, insurrección o rebelión;

b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero;

c) 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 Práctica Amateur de cualquier deporte extremo o peligroso, salvo que el Accidente ocurra con motivo de Práctica Ocasional, en la que no exista Culpa Grave del Asegurado;

d) Riña cuando el Asegurado la haya provocado;

e) Cualquier vuelo en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, siempre y cuando viajare como pasajero;

2. Lesiones auto infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental;

3. Culpa Grave;

4. La participación directa del Asegurado en la ejecución de actos delictivos;

5. Accidentes ocurridos a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;

6. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas, nucleares o derivadas de éstas.

IV. VALOR DE RESCATE DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

El Contratante podrá solicitar a la Institución la liquidación del Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas a través de los medios siguientes:

1) Por escrito en cualquier sucursal HSBC. La Institución proporcionará un folio como acuse de recibo que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

2) Vía telefónica en la Ciudad de México, área Metropolitana o del Interior de la República Mexicana al teléfono 55 57213322. La Institución emitirá un folio que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

El Contratante podrá obtener como Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas, el importe establecido en la tabla de valores garantizados correspondiente a las Primas anuales pagadas, en su caso, el Valor Rescate se calculará considerando las parcialidades pagadas de la Prima anual y el tiempo transcurrido desde al Año Póliza anterior en que se solicite.

Al liquidar el Valor de Rescate, la Institución deducirá cualquier adeudo o anticipo derivado de este beneficio adicional.

V. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

El presente beneficio adicional para la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos de terminación contemplados en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o cualquiera de los eventos siguientes:

a) El Contratante solicite la cancelación de este beneficio adicional, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

b) Al final del Año Póliza en el que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad, y

c) Al realizar la Institución el pago en una o varias reclamaciones correspondientes al 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada por concepto de pérdidas orgánicas.

VI. LÍMITES DE ADMISIÓN POR EDAD DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución para este beneficio adicional, son los siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación
Muerte accidental y pérdidas orgánicas	18 (dieciocho) años	60 (sesenta) años

VII. 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 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026 / CONDUSEF-007111-01.

Beneficio Adicional para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente.

I. DEFINICIONES.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este beneficio adicional, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación, así mismo, los términos que no se encuentran definidos, tendrán el significado atribuido en las condiciones generales del Contrato de Seguro del cual forma parte este beneficio adicional.

- **Accidente:** Es el acontecimiento originado de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado.

- **Culpa Grave:** Es la negligencia atribuible al Asegurado, quien estando en posibilidad de realizar los actos mínimos y elementales a efecto de evitar que el Siniestro suceda, no los realice.

- **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud, diagnosticada por un médico con cédula profesional, que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

- **Invalidez Total y Permanente:** Es cuando el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad quede imposibilitado, absoluta y permanentemente durante el resto de su vida, para desarrollar actividades consistentes con sus conocimientos y aptitudes, a través de las cuales pueda procurarse una remuneración mensual igual o superior al 50% (cincuenta por ciento) de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del Siniestro.

- **Práctica Amateur:** Es la actividad deportiva que se realiza sin que el deportista reciba una remuneración económica por practicar o competir en una o varias disciplinas.

- **Práctica Ocasional:** Es la actividad deportiva que promueve, fomenta y estimula la participación en actividades con finalidades recreativas, educativas y de salud o rehabilitación.

- **Práctica Profesional:** Es la actividad deportiva en la que el deportista practica y compite en una o varias disciplinas y se sujeta a una relación de trabajo, obteniendo una remuneración económica por su práctica.

II. BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de mencionarse en la carátula de la Póliza como contratado este beneficio adicional, 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, una vez transcurrido el Periodo de Espera de 180 (ciento ochenta) días naturales y el Asegurado quede invalidado total y permanentemente a causa de un Accidente o una Enfermedad y se cumplan las demás condiciones establecidas en este beneficio adicional.

Para tener derecho al pago de la Suma Asegurada para este beneficio adicional, el Asegurado deberá acreditar a la Institución su estado de Invalidez Total y Permanente, presentando las pruebas fehacientes de dicho estado y someterse en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

Para poder decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que la invalidez no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos y avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el Siniestro o que, de existir dicha posibilidad de cura, los avances mencionados no sean accesibles al Asegurado por falta de capacidad económica.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, que no sea familiar del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente. En su caso, para determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución deberá apoyarse en un dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución cubrirá lo correspondiente en términos de este beneficio adicional.

También se considerará Invalidez Total y Permanente para este beneficio adicional:

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, o
5. La pérdida de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no aplicará el Período de Espera.

La presente cobertura se dará por terminada cuando ocurra el primer Siniestro relacionado con la misma.

III. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, originada por:

1. Accidentes por participación del Asegurado en:

a) Servicio militar, actos de guerra, sedición, revolución, insurrección o rebelión;

b) Participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero;

c) 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 Práctica Amateur de cualquier deporte extremo o peligroso, salvo que el Accidente ocurra con motivo de Práctica Ocasional, en la que no exista Culpa Grave del Asegurado;

d) Riña cuando el Asegurado la haya provocado;

e) Cualquier vuelo en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, siempre y cuando viajare como pasajero;

2. Lesiones auto infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental;

3. Culpa Grave;

4. La participación directa del Asegurado en la ejecución de actos delictivos;

5. Accidentes ocurridos a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, y

6. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas, nucleares o derivadas de éstas.

IV. VALOR DE RESCATE DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

El Contratante podrá solicitar a la Institución la liquidación del Valor de Rescate de este beneficio adicional para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente a través de los medios siguientes:

1) Por escrito en cualquier sucursal HSBC. La Institución proporcionará un folio como acuse de recibo que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

2) Vía telefónica en la Ciudad de México, área Metropolitana o del Interior de la República Mexicana al teléfono 55 57213322. La Institución emitirá un folio que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

El Contratante podrá obtener como Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el importe establecido en la tabla de valores garantizados correspondiente a las Primas anuales pagadas, en su caso, el Valor Rescate se calculará considerando las parcialidades pagadas de la Prima anual y el tiempo transcurrido desde al Año Póliza anterior en que se solicite.

Al liquidar el Valor de Rescate, la Institución deducirá cualquier adeudo derivado de este beneficio adicional.

V. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

El presente beneficio adicional para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos de terminación contemplados en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o cualquiera de los eventos siguientes:

a) El Contratante solicite la cancelación de este beneficio adicional, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

b) Al final del Año Póliza en el que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años de edad en los Plazos Contratados de 5 (cinco) a 18 (dieciocho) años;

c) Al final del Año Póliza en el que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad en los Plazos Contratados a edad alcanzada de 65 (sesenta y cinco) años, y

d) Cuando ocurra un Siniestro relacionado de conformidad con la cláusula II. Beneficio adicional para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente.

VI. LÍMITES DE ADMISIÓN POR EDAD DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución para este beneficio adicional son los siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación
Invalidez Total y Permanente	18 (dieciocho) años	55 (cincuenta y cinco) años

VII. 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 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026 / CONDUSEF-007111-01.

Beneficio Adicional para la Cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.

I. DEFINICIONES.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este beneficio adicional, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación, así mismo, los términos que no se encuentran definidos, tendrán el significado atribuido en las condiciones generales del Contrato de Seguro del cual forma parte este beneficio adicional.

- **Accidente:** Es el acontecimiento originado de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado.

- **Culpa Grave:** Es la negligencia atribuible al Asegurado, quien estando en posibilidad de realizar los actos mínimos y elementales a efecto de evitar que el Siniestro suceda, no los realice.

- **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud, diagnosticada por un médico con cédula profesional, que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

- **Invalidez Total y Permanente:** Es cuando el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad quede imposibilitado, absoluta y permanentemente durante el resto de su vida, para desarrollar actividades consistentes con sus conocimientos y aptitudes, a través de las cuales pueda procurarse una remuneración mensual igual o superior al 50% (cincuenta por ciento) de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del Siniestro.

- **Práctica Amateur:** Es la actividad deportiva que se realiza sin que el deportista reciba una remuneración económica por practicar o competir en una o varias disciplinas.

- **Práctica Ocasional:** Es la actividad deportiva que promueve, fomenta y estimula la participación en actividades con finalidades recreativas, educativas y de salud o rehabilitación

- **Práctica Profesional:** Es la actividad deportiva en la que el deportista practica y compite en una o varias disciplinas y se sujeta a una relación de trabajo, obteniendo una remuneración económica por su práctica.

HSBC Seguros S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC, Avenida Paseo de la Reforma número 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México.

II. BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de mencionarse en la carátula de la Póliza como contratado este beneficio adicional y al momento de ocurrir el Siniestro la Institución eximirá al Contratante hasta el plazo de pago de Primas estipulado en la carátula de la Póliza de la cobertura básica del Contrato de Seguro, así como de los beneficios adicionales contratados, siempre y cuando este beneficio adicional se encuentre vigente, una vez transcurrido el Periodo de Espera de 180 (ciento ochenta) días naturales y el Asegurado quede invalidado total y permanentemente a causa de un Accidente o una Enfermedad y se cumplan las demás condiciones establecidas en este beneficio adicional

Para tener derecho a la exención de pago de Primas para este beneficio adicional, el Asegurado deberá acreditar a la Institución su estado de Invalidez Total y Permanente, presentando las pruebas fehacientes de dicho estado y someterse en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

Para poder decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que la invalidez no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos y avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el Siniestro o que, de existir dicha posibilidad de cura, los avances mencionados no sean accesibles al Asegurado por falta de capacidad económica.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, que no sea familiar del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente. En su caso, para determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución deberá apoyarse en un dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución cubrirá lo correspondiente en términos de este beneficio adicional.

También se considerará Invalidez Total y Permanente para este beneficio adicional lo siguiente:

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.

HSBC Seguros S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC, Avenida Paseo de la Reforma número 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México.

En estos casos no aplicará el Período de Espera.

La presente cobertura se dará por terminada cuando ocurra el primer Siniestro relacionado con la misma.

III. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre la Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente del Asegurado, originada por:

1. Accidentes por participación del Asegurado en:

a) Servicio militar, actos de guerra, sedición, revolución, insurrección o rebelión;

b) Participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero;

c) 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 Práctica Amateur de cualquier deporte extremo o peligroso, salvo que el Accidente ocurra con motivo de Práctica Ocasional, en la que no exista Culpa Grave del Asegurado;

d) Riña cuando el Asegurado la haya provocado;

e) Cualquier vuelo en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, siempre y cuando viajare como pasajero;

2. Lesiones auto infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental;

3. Culpa Grave;

4. La participación directa del Asegurado en la ejecución de actos delictivos;

5. Accidentes ocurridos a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, y

HSBC Seguros S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC, Avenida Paseo de la Reforma número 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México.

6. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas, nucleares o derivadas de éstas.

IV. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

El presente beneficio adicional para la Cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos de terminación contemplados en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o cualquiera de los eventos siguientes:

a) El Contratante solicite la cancelación de este beneficio adicional, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

b) Al final del Año Póliza en el que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años de edad en los Plazos Contratados de 5 (cinco) a 18 (dieciocho) años;

c) Al final del Año Póliza en el que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad en los Plazos Contratados a edad alcanzada de 65 (sesenta y cinco) años, y

d) Cuando ocurra un Siniestro de conformidad con la cláusula II. Beneficio adicional para la cobertura de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

V. LÍMITES DE ADMISIÓN POR EDAD DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución para este beneficio adicional son los siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación
Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.	18 (dieciocho) años.	55 (cincuenta y cinco) años.

VI. 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 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026 / CONDUSEF-007111-01.

HSBC Seguros S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC, Avenida Paseo de la Reforma número 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México.

Beneficio Adicional para el Seguro Dotal Puro.

I. BENEFICIO ADICIONAL PARA EL SEGURO DOTAL PURO.

En caso de mencionarse en la carátula de la Póliza como contratado este beneficio adicional, la Institución pagará la Suma Asegurada vigente al Asegurado cuando llegue con vida al final de cada Año Póliza establecido en la carátula de Póliza, siempre y cuando este beneficio adicional se encuentre vigente y la Prima pagada; en caso de que la misma no se encuentre pagada y la Póliza se prorrogue, la Institución no pagará este beneficio adicional.

La Institución pagará la Suma Asegurada del beneficio adicional para el seguro dotal puro al Asegurado:

1) A la cuenta de débito en la que se efectúa el pago de la Prima. En caso de que no sea posible realizar el pago de la Suma Asegurada a dicha cuenta, el Asegurado deberá llamar al teléfono 55 57213322 para proporcionar preferentemente una cuenta de débito HSBC.

2) Si el pago de la Prima se realiza con cargo a una Tarjeta de Crédito, el Asegurado deberá llamar al teléfono 55 57213322 para proporcionar preferentemente una cuenta de débito HSBC.

II. VALOR DE RESCATE DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA EL SEGURO DOTAL PURO.

El Contratante podrá solicitar a la Institución la liquidación del Valor de Rescate de este beneficio adicional para el seguro dotal a través de los medios siguientes:

1) Por escrito en cualquier sucursal HSBC. La Institución proporcionará un folio como acuse de recibo que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para el seguro dotal y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

2) Vía telefónica en la Ciudad de México, área Metropolitana o del Interior de la República Mexicana al teléfono 55 57213322. La Institución emitirá un folio que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para el seguro dotal y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

El Contratante podrá obtener el Valor de Rescate de este beneficio adicional para el seguro dotal puro establecido en la tabla de valores garantizados conforme al Año Póliza en que solicite su liquidación.

Al liquidar el Valor de Rescate, la Institución deducirá cualquier adeudo o anticipo derivado de este beneficio adicional.

III. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA EL SEGURO DOTAL PURO.

El presente beneficio adicional para el seguro dotal puro se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos de terminación contemplados en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o cualquiera de los eventos siguientes:

a) El Contratante solicite la cancelación de este beneficio adicional, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

b) Al final del Año Póliza respecto al último pago de este beneficio adicional indicado en la carátula de Póliza.

IV. LÍMITES DE ADMISIÓN POR EDAD DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA EL SEGURO DOTAL PURO.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución para este beneficio adicional son los siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación
Seguro dotal puro	18 (dieciocho) años	70 (setenta) años

V. 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 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026 / CONDUSEF-007111-01.

Beneficio Adicional para la Cobertura de Enfermedades Graves.

I. DEFINICIONES.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este beneficio adicional, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación, así mismo, los términos que no se encuentran definidos, tendrán el significado atribuido en las condiciones generales del Contrato de Seguro del cual forma parte este beneficio adicional.

- **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud, diagnosticada por un médico con cédula profesional, que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

II. BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

En caso de mencionarse en la carátula de la Póliza como contratado este beneficio adicional, la Institución pagará la Suma Asegurada vigente al Asegurado, en una sola exhibición, siempre y cuando este beneficio adicional se encuentre vigente al momento de ocurrir el Siniestro, una vez transcurrido el Periodo de Espera de 30 (treinta) días naturales, se diagnostique al Asegurado una Enfermedad grave. Para efectos de este beneficio adicional se considera una Enfermedad grave al accidente cerebrovascular, cáncer, infarto agudo al miocardio e insuficiencia renal terminal y se cumplan las demás condiciones establecidas en este beneficio adicional, en caso de infarto agudo al miocardio, no aplica Periodo de Espera.

Para tener derecho al pago de la Suma Asegurada para este beneficio adicional, el Asegurado deberá acreditar a la Institución la Enfermedad grave, presentando las pruebas fehacientes de dicho estado y someterse en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

A fin de determinar la Enfermedad grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución, dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, que no sea familiar del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Enfermedad grave. En su caso, para determinar la improcedencia de la Enfermedad grave, la Institución deberá apoyarse en un dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos y en caso de proceder el pago de la Suma Asegurada, la Institución cubrirá lo correspondiente en términos de este beneficio adicional.

En caso de tener diversas Enfermedades amparadas por este beneficio adicional, para ser cubiertas, deberán de ser un diagnóstico nuevo y no relacionado con alguna de las Enfermedades ya indemnizadas, así como ocurrir en un Año Póliza diferente.

Cada Enfermedad está limitada a un evento durante la vigencia de la Póliza.

1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

El objeto de este beneficio adicional es otorgar al Asegurado la Suma Asegurada siempre que el Asegurado sea diagnosticado con un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extra craneal, con:

a) Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos;
b) Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 2 (dos) meses después de la fecha del diagnóstico.

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

1.1. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre la Enfermedad de accidente cerebrovascular del Asegurado, originado por:

a) Ataque isquémico transitorio;
b) Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección;
c) Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente;
d) Hemorragia cerebral secundaria a una lesión cerebral preexistente;
e) Anormalidades en estudios de imagen sin síntomas clínicos claramente relacionados o signos neurológicos.

2. CÁNCER.

El objeto de este beneficio adicional es otorgar al Asegurado la Suma Asegurada siempre que el Asegurado sea diagnosticado con un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

2.1. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre la Enfermedad de cáncer del Asegurado, originado por:

a) **Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones pre malignas;**
b) **Cáncer de próstata en estadio menor a II de la 8ª edición del Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer *"American Joint Committee on Cancer"* (AJCC);**
c) **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II de la 8ª edición del Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer *"American Joint Committee on Cancer"* (AJCC);**
d) **Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans;**
e) **Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica o cáncer diagnosticado con base en células tumorales, moléculas asociadas al tumor o marcadores en sangre, saliva, heces u otros fluidos, en ausencia de evidencia histopatológica definitiva.**

3. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.

El objeto de este beneficio adicional es otorgar al Asegurado la Suma Asegurada siempre que el Asegurado sea diagnosticado con la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar apoyado en lo siguiente:

Elevación y descenso de las troponinas cardiacas a niveles considerados diagnósticos (>percentil 99) y al menos 2 (dos) de los elementos siguientes;

- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda;
- Cambios nuevos en el electrocardiograma (ECG) compatibles con infarto o aparición de un nuevo bloqueo de la rama izquierda de Haz de His (BRIHH);
- Evidencia en estudios de imagen de nueva pérdida de miocardio o anomalías regionales de la movilidad de las paredes.

3.1. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre la Enfermedad de infarto agudo al miocardio del Asegurado, originado por:

a) **Cambios en el electrocardiograma que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio;**
b) **Angina de pecho;**
c) **Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el electrocardiograma ni signos clínicos de infarto.**

4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL.

El objeto de este beneficio adicional es otorgar al Asegurado la Suma Asegurada siempre que el Asegurado sea diagnosticado con una etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

4.1. EXCLUSIONES.

Este beneficio adicional no cubre la Enfermedad de insuficiencia renal terminal del Asegurado, originado por falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.

III. REQUISITOS.

El pago de la Suma Asegurada de este beneficio adicional en caso de Enfermedades graves será procedente siempre y cuando:

a) Este beneficio adicional se encuentre vigente a la fecha de la solicitud del pago;

b) La Enfermedad de accidente cerebrovascular, cáncer, infarto agudo al miocardio, e insuficiencia renal terminal se diagnostique una vez transcurrido el Periodo de Espera de 30 (treinta) días. La Enfermedad de infarto agudo al miocardio no aplicará Periodo de Espera.

c) El Reclamante presente a la Institución solicitud por escrito del pago, acompañada de un dictamen avalado por el sistema nacional de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia en que sea diagnosticada la Enfermedad grave, que no sea familiar del Asegurado, así como todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia del mismo y el Asegurado acepte someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite.

IV. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

El Reclamante deberá presentar a la Institución, todas las pruebas del hecho que genera la obligación derivada de este beneficio adicional y el derecho de quienes solicitan el pago.

Para tales efectos el Reclamante deberá recabar y entregar los cuestionarios e información que la Institución le requiera para cada tipo de reclamación.

Al presentarse alguna reclamación, la Institución tendrá el derecho de exigir del Reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Al efecto, el Asegurado autoriza a cualesquiera autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualquier persona física o moral, privada o pública, para

que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada con la reclamación o el 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 Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con la Enfermedad de cáncer, el Reclamante deberá presentar:

a) Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer;
b) Informe del oncólogo que especifique el estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y pormenores del cáncer;
c) Resultados de los estudios de estadificación como radiografías, tomografías entre otros;
d) Acta de nacimiento (copia simple);
e) Identificación oficial (original y copia simple en el caso de contar con ella); y
f) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (original y copia simple en el caso de contar con él y que el domicilio sea diferente al de la identificación oficial).

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con la Enfermedad de infarto agudo al miocardio, el Reclamante deberá presentar:

a) Informe pormenorizado del médico tratante que especifique detalles de la evolución clínica;
b) Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas;
c) Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto;
d) Estudios practicados para la evaluación del infarto como ecocardiograma, estudios de medicina nuclear entre otros;
e) Acta de nacimiento (copia simple);
f) Identificación oficial (original y copia simple en el caso de contar con ella); y
g) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (original y copia simple en el caso de contar con él y que el domicilio sea diferente al de la identificación oficial).

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con la Enfermedad de accidente cerebrovascular, el Reclamante deberá presentar:

a) Informe del médico tratante que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular;
b) Tomografía axial computarizada o resonancia magnética compatibles con accidente cerebrovascular agudo;
c) Acta de nacimiento (copia simple);
d) Identificación oficial (original y copia simple en el caso de contar con ella); y

e) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (original y copia simple en el caso de contar con él y que el domicilio sea diferente al de la identificación oficial).

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con la Enfermedad de insuficiencia renal terminal, el Reclamante deberá presentar:

a) Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante;
b) Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal;
c) Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible como determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias entre otros;
d) Acta de nacimiento (copia simple);
e) Identificación oficial (original y copia simple en el caso de contar con ella); y
f) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (original y copia simple en el caso de contar con él y que el domicilio sea diferente al de la identificación oficial).

V. VALOR DE RESCATE DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

El Contratante podrá solicitar a la Institución el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de Enfermedades graves a través de los medios siguientes:

a) Por escrito en cualquier sucursal HSBC. La Institución proporcionará un folio como acuse de recibo que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de Enfermedades graves y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

b) Vía telefónica en la Ciudad de México, área Metropolitana o del Interior de la República Mexicana al teléfono 55 57213322. La Institución emitirá un folio que será el comprobante de que el Contratante solicitó el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de Enfermedades graves y de que este quedó cancelado a partir del momento en que se emita dicho folio.

El Contratante podrá obtener el Valor de Rescate de este beneficio adicional para la cobertura de Enfermedades graves establecido en la tabla de valores garantizados conforme al Año Póliza en que solicite su liquidación.

Al liquidar el Valor de Rescate, la Institución deducirá cualquier adeudo o anticipo derivado de este beneficio adicional.

VI. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

El presente beneficio Adicional para la cobertura de Enfermedades graves, se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos de terminación contemplados en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o cualquiera de los eventos siguientes:

a) El Contratante solicite la cancelación de este beneficio adicional, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

b) Al final del Año Póliza en el que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años de edad, y

c) Cuando ocurra algún Siniestro de conformidad con la cláusula II. Beneficio adicional para la cobertura de enfermedades graves.

VII. LÍMITES DE EDAD DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución para este beneficio adicional son los siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación
Enfermedades graves	18 (dieciocho) años	55 (cincuenta y cinco) años

VIII. 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 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.