

COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURA POR FALLECIMIENTO.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (muerte natural, accidental o por enfermedad) durante el plazo de seguro pactado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados, en los porcentajes asignados en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento.

COBERTURA POR SOBREVIVENCIA.

Si el Asegurado llega con vida al final de la vigencia de la póliza, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

En caso de mencionarse en la carátula de la póliza como contratada, mediante esta cobertura la Compañía se obliga a pagar por:

- Muerte Accidental.

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

- Pérdidas Orgánicas.

La Compañía pagará la proporción de la Suma Asegurada de esta cobertura que corresponda, si el Asegurado sufre cualesquiera de las Pérdidas Orgánicas abajo mencionadas, como consecuencia de un Accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, de acuerdo con la Tabla de Indemnización siguiente.

- TABLA DE INDEMNIZACIÓN.

ESCALA "A".

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

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado.

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

Toda indemnización que la Compañía efectué, reducirá proporcionalmente la Suma Asegurada de esta cobertura.

Asimismo, aun cuando la Compañía realice el pago total de esta cobertura a consecuencia de pérdidas orgánicas, este seguro se mantendrá en vigor por lo que se refiere a las coberturas básicas.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

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

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

- DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

- DEFINICIÓN DE PÉRDIDA ORGÁNICA.

Se entenderá como:

- A) La pérdida de una mano; su anquilosamiento o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.
- B) La pérdida de un pie; su anquilosamiento o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él.
- C) La pérdida de los dedos; su anquilosamiento o la separación completa de dos falanges del mismo dedo, cuando menos.
- D) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

- EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

Las indemnizaciones correspondientes no serán cubiertas, cuando se origine la muerte o pérdida orgánica del Asegurado por:

- a.** Accidentes por participación del Asegurado en:
 - Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - Actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
 - Riña, cuando él la haya provocado.
 - Motociclismo
- b.** Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial autorizada para la transportación regular de pasajeros.
- c.** Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- d.** Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- e.** Culpa grave del Asegurado. Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado, cualquier Accidente ocasionado por el mismo, en virtud de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, salvo por prescripción médica.
- f.** Homicidio, como resultado de la participación del Asegurado en actos delictivos intencionales.
- g.** Accidentes ocurridos a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- h.** La muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días después de la fecha del accidente.

CANCELACIÓN.

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

COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso de contratarse esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada acordada para este beneficio en la carátula de la póliza, al(a los) beneficiario(s) que corresponda(n), en una sola exhibición, siempre y cuando: el Asegurado quede invalidado total y permanentemente a causa de un accidente o una enfermedad, dicha invalidez haya sido continua por un lapso no menor a 6 meses (período de espera) contado a partir de que la misma fue determinada y se cumplan las condiciones establecidas en esta póliza.

Para tener derecho al pago de la Suma Asegurada, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía su estado de invalidez, presentando las pruebas fehacientes de dicho estado y someterse en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Compañía le solicite.

Se considerará Invalidez Total y Permanente, cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad quede imposibilitado, absoluta y permanentemente durante el resto de su vida, para desarrollar actividades consistentes con sus conocimientos y aptitudes, a través de las cuales pueda procurarse una remuneración mensual, igual o superior al 50% de la remuneración mensual comprobable que por su actividad habitual percibió durante el año inmediato anterior a la fecha del siniestro.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, dictamen avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente. La Compañía, para determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, deberá apoyarse en un dictamen avalado por una Institución 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 Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

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

En estos casos no se aplicará el período de espera mencionado.

PRUEBAS

La Invalidez Total y Permanente deberá ser comprobada por el Asegurado a la Compañía, con la documentación e información que la misma determine.

EXCLUSIONES

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

1. Participación del Asegurado en:
 - a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - b. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente.
 - c. Vuelos en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transporte público, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - e. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
 - f. Riña, cuando él la haya provocado.
 - g. Motociclismo.
2. Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
3. Culpa grave del Asegurado, como lo es encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes, drogas o enervantes, salvo por prescripción médica.
4. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.
5. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas que, previamente a la celebración del contrato:
 - i) Se haya declarado su existencia, o
 - ii) Sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
 - iii) El Asegurado haya efectuado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Asimismo, para resolver la procedencia de la reclamación, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea

proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

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

CANCELACIÓN

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

CONTRATO

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

VIGENCIA

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

MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

DISPUTABILIDAD

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

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o de la fecha de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

EDAD

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

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

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

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

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

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

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

Las edades mínima y máxima de admisión son de 18 y 70, respectivamente.

BENEFICIARIOS

Para los efectos de esta póliza, se entiende por “Beneficiario” para el caso de supervivencia al propio Asegurado, o bien, tratándose de su fallecimiento, a la persona o personas designadas como tales por el mismo en la solicitud formulada para la celebración de este contrato, o los que, en su caso, designe posteriormente, que tendrán un derecho propio al cobro de la Suma Asegurada.

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

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

PRIMAS

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

Asimismo, la Compañía podrá cobrar el recargo anual vigente al momento del pago de la prima.

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

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

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

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

PERIODO DE GRACIA

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

Si dentro del período de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el contrato, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente deduciendo la prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada.

Una vez transcurrido el período de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, se procederá en los términos de la cláusula Préstamo Automático de Primas.

PRÉSTAMO AUTOMÁTICO DE PRIMAS

Si el Contratante y/o Asegurado dejaré de cubrir una prima dentro de los 30 días de periodo de gracia, la Compañía le prestará para el pago de la misma, con la sola garantía del valor de rescate de la póliza, a la tasa de interés anual señalado en la carátula de la misma.

La póliza permanecerá en vigor mientras el importe del valor de rescate no se agote.

Las deudas contraídas por préstamo automático de primas, podrán ser pagadas por el Asegurado en cualquier tiempo, en un solo pago o en pagos parciales, siempre que la póliza esté en vigor.

En el momento en que el monto de las deudas del Asegurado más los intereses sea igual al del valor de rescate, esta póliza se cancelará automáticamente sin que se requiera para ello que la Compañía haga declaración ni notificación alguna.

Todas las deudas contraídas en virtud de esta cláusula, en su caso, serán deducidas por la Compañía en el momento de la liquidación final de esta póliza.

VALOR DE RESCATE

Es la cantidad en efectivo que puede recuperar el Asegurado al cancelar su póliza. Dicho valor de rescate se determinará, de acuerdo con la tabla de valores de rescate que muestra a continuación

PARA PLANES EN MONEDA NACIONAL

Año de cancelacion	Temporalidad del Seguro							
	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
3	47.56%	24.73%	25.59%	24.05%	27.12%	23.77%	19.98%	15.89%
4		56.90%	41.41%	40.09%	44.29%	41.54%	38.43%	35.08%
5			100.00%	49.21%	54.57%	52.11%	49.34%	46.36%
6				100.00%	65.76%	63.80%	61.59%	59.22%
7					100.00%	71.85%	70.04%	68.08%
8						100.00%	76.20%	74.55%
9							100.00%	79.47%
10								100.00%

PARA PLANES EN DÓLARES

Año de cancelacion	Temporalidad del Seguro							
	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
3	55.65%	32.24%	32.02%	30.74%	27.31%	24.06%	20.35%	16.34%
4		64.83%	47.20%	46.07%	43.47%	40.78%	37.73%	34.44%
5			100.00%	55.08%	52.94%	50.53%	47.81%	44.86%
6				100.00%	63.72%	61.79%	59.60%	57.24%
7					100.00%	69.55%	67.74%	65.78%
8						100.00%	73.68%	72.02%
9							100.00%	76.77%
10								100.00%

TERMINACIÓN

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

CANCELACIÓN

La presente póliza se cancelará:

1. A petición del Contratante.- La póliza quedará cancelada si el Contratante lo solicita por escrito a la Compañía. La cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado.
2. Automática.- La póliza quedará automáticamente cancelada:
 - a. En cualquier momento en que el valor de rescate no sea suficiente para mantenerla en vigor, de acuerdo con lo establecido en la cláusula Préstamo Automático de Primas.
 - b. Cuando se establezca otra causa de cancelación para cada cobertura o endoso en particular, en términos de este contrato.

REHABILITACIÓN

Si después de transcurrido el periodo de gracia no se ha podido hacer el cargo de la prima correspondiente a la cuenta del Contratante por no contar con los fondos o línea de crédito suficientes, o porque se ha agotado el valor de rescate de acuerdo a la Cláusula de Préstamo Automático, la póliza quedará cancelada y sólo podrá ser rehabilitada a petición expresa del Contratante o Asegurado, dentro de los 90 días naturales siguientes a que se hayan presentado dichos eventos, debiendo:

- a. Presentar a la Compañía por escrito, una solicitud de rehabilitación.

- b. Comprobar a satisfacción de la Compañía, que reúne las condiciones de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud.
- c. Cubrir el costo de rehabilitación que corresponda y el importe vencido de la prima.

En caso de rehabilitación, el seguro surtirá efectos nuevamente a partir de la fecha y hora en que el Contrato haya quedado rehabilitado, fecha que será dada a conocer por la Compañía, por lo que durante el período existente entre la cancelación y la rehabilitación, no estarán cubiertos los riesgos amparados por este contrato y por tanto no procederá reclamación alguna.

MONEDA

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

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

En el caso de que la póliza se haya contratado en dólares, la Suma Asegurada, las Primas y el Valor de Rescate estarán expresados en Dólares, tomando el Tipo de Cambio que es dado a conocer diariamente por el Banco de México en los términos antes mencionados.

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de este contrato, deduciéndose de la misma, cualquier adeudo pendiente del Asegurado por la aplicación de la cláusula de Préstamo Automático de Primas .

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

COMPETENCIA

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

La competencia por territorio será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

COMUNICACIÓN

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

PRESCRIPCIÓN

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

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

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

.

INTERÉS MORATORIO.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporten plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con el pago de la Suma Asegurada asumida por este contrato al hacerse exigible legalmente, en términos de la legislación vigente, pagará al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

INFORMES.

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

CLÁUSULA CONTRACTUAL. (Circular S-25.5)

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

Si el seguro se contrató a través de:	Su medio de entrega será:
1.- Sucursales de HSBC México	De manera Personal en la Sucursal de HSBC México
2.- Internet	Página de Internet www.hsbcsseguros.com.mx
3.- Vía Telefónica	Mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tales efectos
4.-Cajero Automático de HSBC México	De manera Personal en la Sucursal de HSBC México, con el recibo de pago del seguro del cajero automático de HSBC México

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1 y 4, y en los casos de los numerales 2 y 3, dejará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose del Distrito Federal y área Metropolitana al teléfono 57213322 o del Interior de la República Mexicana lada sin costo al teléfono 018007189404, donde le indicarán la forma de obtener la documentación de su seguro contratado.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o contratante, deberá comunicarse del Distrito Federal y área Metropolitana al teléfono 57213322 o del Interior de la República Mexicana lada sin costo al teléfono 018007189404, La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

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

En el supuesto de que la contratación se realice por medios electrónicos, la Compañía se sujetará a lo establecido en el artículo 36 E de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0085-0106-2009 de fecha 2 de Octubre de 2009 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.