

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

“Seguro para Apoyo por Hospitalización”

**Fecha
27/04/2017**

En HSBC Seguros agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros para proteger a su familia y su patrimonio. Con el fin de brindarle un mejor servicio, le informamos que para cualquier modificación o corrección en los datos de su póliza, cuenta con un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, de lo contrario entenderemos que cumplimos con las expectativas.

Le recordamos que el contrato de seguro es un contrato de buena fe, y a efecto de evitar cualquier causa de terminación o improcedencia de pago en la indemnización, le agradeceremos en caso de existir algún cambio, corrección en sus datos relacionados con este Contrato o en caso de cualquier duda acuda a cualquiera de las sucursales HSBC lo más pronto posible.

Lo anterior, se lo informamos toda vez que de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión e inexacta declaración de su parte será causa de rescisión del Contrato.

“Nos preocupamos por nuestros asegurados que son lo más importante”

INDICE

1. CONTRATO	3
2. DEFINICIONES	3
3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	5
3.1 EXCLUSIONES:.....	6
3.2 CANCELACIÓN DE LAS COBERTURAS	9
4. BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA	9
4.1 COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA.....	9
4.1.2 REFERENCIAS MÉDICAS EN LA REPÚBLICA MEXICANA	9
4.2 EXCLUSIONES.....	11
5. CLÁUSULAS GENERALES.	12
5.1 SUMA ASEGURADA O VALOR INDEMNIZABLE.	12
5.2 LÍMITE TERRITORIAL.....	12
5.3 RESIDENCIA.....	12
5.4 BENEFICIARIOS.....	12
5.5 SINIESTROS.....	12
5.6 DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE	13
5.7 COMPETENCIA.....	13
5.8 COMUNICACIONES.....	14
5.9 PERIODO DE GRACIA.....	14
5.10 EDAD.....	14
5.11 PRIMA.....	15
5.12 REHABILITACIÓN.....	15
5.13 MONEDA.....	16
5.14 PRESCRIPCIÓN.....	16
5.15 BENEFICIOS DEL ASEGURADO TITULAR.....	16
5.16 VIGENCIA.....	16
5.17 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	16
5.18 BENEFICIOS GANADOS POR ANTIGÜEDAD.....	17
5.19 INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	17
5.20 LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.....	17
5.21 MODIFICACIONES.....	17
5.22 AJUSTES.....	17
5.23 ENDOSOS.....	18
6. INFORMACIÓN (DISPOSICIÓN 4.5.2. DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).....	18
7. CONTENIDO DE LA PÓLIZA.....	18
8. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA.....	18
9. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CAPÍTULO 4.11 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).....	19
10. TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS APLICABLES.....	19
11. CLÁUSULA DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	23
12. FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	24
13. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	25
14. REGISTRO DEL PRODUCTO	26

1. CONTRATO.

Estas condiciones generales la póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre la Institución y el Contratante.

El objeto del presente Contrato es otorgar una indemnización al Asegurado Titular o en su caso los Miembros Asegurados (incluidos en la póliza) en caso de que éstos requieran Hospitalización en territorio nacional y durante la vigencia de esta cobertura. La Institución podrá pagar la indemnización diaria contratada hasta por 365 días de hospitalización de los accidentes y/o enfermedades cubiertas por la Póliza.

2. DEFINICIONES.

Para los efectos del presente Contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Abuso en el consumo de drogas: El consumo de cualquier droga u otra preparación de adicción a menos que se haga de conformidad con una receta emitida por un médico con cédula profesional.

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita, violenta e involuntaria, que produce lesiones que requieran la hospitalización del Asegurado y/o Miembros Asegurados dentro de los primeros 90 días siguientes de la fecha en que ocurrió el acontecimiento cubierto.

Asegurado Titular: Es aquella persona asegurada a quien corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato.

Beneficiarios Totales: Para efectos del presente Contrato se entenderá únicamente como el Asegurado Titular y sus Miembros Asegurados, los cuales aparecen referidos en la carátula de la póliza

Beneficiario Adicional: Persona física, que sin ser el Asegurado Titular y/o Miembro Asegurado le corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato.

Condición Médica: Cualquier padecimiento o lesión que este Contrato no excluya.

Contratante: Es aquella persona moral o física (mayor de 18 años) que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o terceras personas y que se compromete a realizar el pago de las primas.

Dependencia al consumo de drogas: Un estado mental o físico que haya sido originado directa o indirectamente por, o esté en vías de relacionarse con el consumo de una o más drogas o cualquier preparación adictiva y que se manifieste en síntomas que incluyen un estado compulsivo por consumir esas drogas o preparación adictiva o en una base continua o periódica.

Doctor o Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser, médico general, médico especialista, cirujano u homeópata. La indemnización de esta póliza no aplicará si el médico tratante es pariente consanguíneo, cónyuge o concubino de los Beneficiarios Totales o Beneficiario Adicional.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma No. 347, Piso 6, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Ciudad de México.

Endoso: Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones originales del Contrato y forma parte de éste.

Enfermedad: Toda alteración de la salud, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado, que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico y que sean patológicamente comprobables.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad amparada que les dio origen.

Fecha de Renovación Anual: Cada doce meses a partir de la vigencia o cualquier aniversario posterior, y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para este Producto en la fecha de renovación anual respectiva.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con doctores y enfermeras titulados las 24 horas del día. **No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de la tercera edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.**

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o Sanatorio, ya sea por un tratamiento, intervención quirúrgica u observación médicamente necesaria derivado de algún accidente, enfermedad, lesión corporal o maternidad cubierta por la Póliza

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

Miembros Asegurados: Se consideran la (el) esposa(o) o concubina(rio) del Asegurado Titular y cualquiera de sus hijos, conforme a lo señalado en la Cláusula 5.10 Edad y que se encuentren incluidos en la carátula de la póliza.

Maternidad: Se refiere a la función reproductiva de la mujer que comprende la gestación y el embarazo. El embarazo inicia con la fecundación y termina con el nacimiento.

Padecimiento Congénito: Se entiende como congénito el padecimiento o enfermedad con que se nace y/o que se contrae en el útero materno y/o por tener origen genético.

Periodo de Espera: Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y la fecha a partir de la cual se cubrirán ciertos padecimientos o enfermedades. Cualquier enfermedad y/o padecimiento iniciado antes de transcurrir este periodo de espera no estará amparado por la póliza. El Periodo de Espera es el especificado en la carátula de la póliza, las Condiciones Generales o Endosos y deberá cumplirse al iniciar la vigencia de la póliza.

Prestador: Es la persona física o moral con la cual HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC celebra un contrato para que realice el servicio de asistencia descrito en el presente Contrato.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma No. 347, Piso 6, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Ciudad de México.

Perito Médico: Médico Especialista registrado en el tribunal o médico especialista certificado por el Consejo correspondiente.

Signo: Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

Síndrome de dependencia al alcohol: El estado mental o físico que haya sido originado directa o indirectamente por, o esté en cualquier vía relacionado a la ingestión de bebidas alcohólicas y que se manifieste en síntomas que produzcan un estado compulsivo por ingerir alcohol en una forma continua o periódica.

Síntoma: Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima diaria de la Institución en caso de que alguno de los Beneficiarios Totales Asegurado requiera ser hospitalizado a consecuencia de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.

El límite máximo de responsabilidad de la Institución será el estipulado en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada.

Urgencia Médica: Es la aparición repentina de una alteración de la salud, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que requieren atención médica inmediata ya que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, como consecuencia de algún Accidente o Enfermedad amparados por la póliza.

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.

En caso de ocurrir la hospitalización de cualquiera de los Beneficiarios Totales (incluidos en la póliza) en territorio nacional y durante la vigencia de esta cobertura, la Institución le pagará la suma asegurada contratada hasta por 365 días de hospitalización de acuerdo a los siguientes riesgos cubiertos:

- a. Accidente.** Los Beneficiarios Totales inscritos en la presente póliza quedarán cubiertos en caso de ser hospitalizados por Accidente, a partir de la fecha de inicio de vigencia. No aplica ningún periodo de espera.
- b. Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad amparada por la Póliza, quedará cubierta la indemnización por hospitalización siempre que esta se manifieste después de transcurrir un periodo de espera de 2 meses, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones. Para esta cobertura, las obligaciones a cargo de la Institución comienzan, siempre que cualquiera de los Beneficiarios Totales permanezca ininterrumpidamente 24 horas en el hospital.
- c. Urgencia Médica:** Los Beneficiarios Totales inscritos en la presente póliza quedarán cubiertos en caso de ser hospitalizados por Urgencia Médica, a partir de la fecha de inicio de vigencia. No aplica periodo de espera.

- d. Maternidad:** Aplica cuando alguna de las Beneficiarias Totales requiera hospitalización derivada del alumbramiento natural o por cesárea, las complicaciones que se puedan dar durante el embarazo, parto y puerperio o bien por un aborto involuntario.

En el supuesto de maternidad, la hospitalización deberá ocurrir 5 meses después del inicio de vigencia de la póliza sin importar la causa o los meses de embarazo de la asegurada (no aplica para las renovaciones).

Las obligaciones señaladas en los incisos a) y c) a cargo de la Institución comienzan a partir de que Los Beneficiarios Totales ingresan al Hospital o Sanatorio y continúan hasta ser dado de alta o hasta cumpla 365 días naturales de permanencia ininterrumpida en el Hospital, lo que ocurra primero.

En caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, separadas por intervalos menores a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio.

Si cualquiera de los Beneficiarios Totales es hospitalizado en terapia intensiva, la suma asegurada se duplica.

3.1 EXCLUSIONES:

La Institución no será responsable frente a los Beneficiarios Totales o Beneficiario Adicional de acuerdo a esta Póliza respecto a lo siguiente:

- a) SIDA y VIH :** Cualquier hospitalización que resulte o se relacione, directa o indirectamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:
- i. Cualquier infección que incluya estado cero-positivo, por cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
 - ii. Cualquier enfermedad o síndrome directa o indirectamente causado por o vinculado con las infecciones citadas en el inciso a) anterior o el Virus y Síndrome a que este numeral se refiere.**
- b) Aviación:** Lesiones que los Beneficiarios Totales sufran en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- c) Alcohol:** Cualquier hospitalización a consecuencia de estado etílico o que provenga de algún síndrome de dependencia alcohólica, que en opinión del médico de la Institución, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de dependencia alcohólica.
- d) Cualquier tipo de enfermedad o defecto congénito previamente diagnosticado.**

- e) **Tratamiento dental:** Cualquier trabajo o tratamiento dental (incluyendo cirugía dental) y extracción de dientes y/o muelas.
- f) **Cualquier tratamiento concerniente a diálisis** siempre que sea la causa principal de hospitalización
- g) **Abuso de Drogas:** Cualquier hospitalización que sea consecuencia de, o provenga del abuso o dependencia de drogas, incluyendo tratamiento de cualquier condición médica que, en opinión del médico de la Institución, es considerado ser una causa subyacente o directamente atribuible a abuso de drogas.
- h) **Conducción en estado alcohólico:** Los accidentes que ocurran mientras que cualquiera de los Beneficiarios Totales, estuviera en control de un vehículo cuando el nivel de alcohol en la sangre/orina exceda el nivel legalmente permitido, que determine el médico de la institución
- i) **Epilepsia**
- j) **Enfermedad mental o condiciones geriátricas o psiquiátricas:** Cualquier hospitalización causada por ataques epilépticos de cualquier naturaleza o cualquier enfermedad mental, nerviosa, senil, Alzheimer, desórdenes histéricos o tratamientos en hospitales psiquiátricos, albergues o centros de salud infantil (pero no incluyendo instituciones pediátricas).
- k) **Actividades peligrosas:** Cualquier hospitalización que sea causada por participar en forma profesional en actividades peligrosas como: montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, marcamiento de ritmo, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.
- l) **Nuclear:** Contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.
- m) **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas que, previamente a la celebración del Contrato:**

- Se haya declarado su existencia, o
 - 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
 - El Asegurado haya efectuado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- n) Carreras: Los accidentes que se originen por estar involucrado o tomar parte de cualquier tipo de carreras siempre y cuando el Asegurado participe directamente (excepto carreras a pie)
- o) Hospitalización efectuada como medida preventiva o curas de reposo en cualquier sanatorio, spa, clínicas de curas naturales o establecimientos similares. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías
- p) Intento de Suicidio o Daño corporal autoinfligido intencionalmente estando mentalmente sano o insano
- q) Cualquier enfermedad transmisible que requiere por ley aislamiento o cuarentena.
- r) Cualquier hospitalización no recomendada por un médico, no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un médico matriculado o bien realizado en clínicas de hidroterapia.
- s) Hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos-X, o chequeos físicos o médicos generales.
- t) Guerras y situaciones bélicas: Cualquier herida accidental o cualquier enfermedad directamente atribuible a la guerra, invasión, acto de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea una guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, motín, revolución, confiscación o nacionalización, por medio de o bajo las órdenes de cualquier gobierno o autoridad local o pública, o cualquier acto de alguna persona que actúe en nombre de o en conexión con cualquier organización cuyas actividades sean dirigidas al derrocamiento de o a influenciar a un gobierno "de jure" o "de facto" por medio de terrorismo o violencia.
- u) Variaciones de peso: Obesidad, reducción de peso, mejora de peso derivados de trastornos alimenticios tales como la bulimia y la anorexia nerviosa.

- v) **Siniestros ocurridos fuera de territorio nacional: Si la hospitalización se presenta fuera de territorio nacional.**

3.2 CANCELACIÓN DE LAS COBERTURAS.

Las coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Para el Cónyuge asegurado: En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado Titular cumpla la edad de 65 años.
- b. Para el/los Hijo(s) asegurado(s): En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que alguno de los miembros asegurados (Hijos) cumplan la edad de 25 años, en el momento que dejen de ser solteros ó cuando siendo mayores de 16 años generen su propio ingreso monetario.
- c. Muerte del Asegurado Titular.

En caso de que no se renueve la póliza ya sea porque el Asegurado Titular rebase la edad de 65 años o bien fallezca, la cobertura se cancelará automáticamente al aniversario de la póliza para el resto de los Miembros Asegurados.

4. BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA

La Institución, a través del Prestador contratado, se obliga a proporcionar a los Beneficiarios Totales los servicios de asistencia que requieran conforme a lo establecido en estas condiciones dentro del territorio estipulado, las 24 horas del día los 365 días del año, ya sea directamente o a través de terceras personas:

4.1 COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA.

4.1.1 TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

Cuando los Beneficiarios Totales sufran un Accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, El Prestador organizará y cubrirá el costo del traslado del citado beneficiario al centro hospitalario más cercano y apropiado, en ambulancia terrestre, limitado a 2 eventos por vigencia de la póliza emitida, sin límite de monto en territorio nacional. Si fuera necesario por razones médicas se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

El Prestador sólo cubrirá el costo del traslado médico, por lo que cualquier gasto derivado de medicamentos, tratamientos, hospitalización, honorarios médicos u cualquier otro que se genere para la atención del beneficiario, correrá por cuenta y costo del Asegurado Titular. .

4.1.2 REFERENCIAS MÉDICAS EN LA REPÚBLICA MEXICANA

El Prestador cuenta con una amplia red de médicos incluyendo médicos especialistas, nutriólogos, y psicólogos, que otorgan servicios de consulta médica, así como servicios de apoyo médico: laboratorios, gabinetes, hospitales, ópticas, casas ortopédicas y cuidados domiciliarios para brindar a

cualquiera de los Beneficiarios Totales que los solicite. El Prestador le da a los Beneficiarios Totales las opciones de médicos, horarios y costos de consulta y éste seleccionará a su médico, para que le realice su cita. El Prestador cuenta con costos preferenciales o descuentos para los Beneficiarios Totales los cuales se hacen efectivos al momento de realizar su estudio o su consulta médica. Los médicos se encuentran distribuidos en toda la República Mexicana y de acuerdo a las posibilidades de cada ciudad.

4.1.3 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Cuando cualquiera de los Beneficiarios Totales necesite asistencia médica, El Prestador, le orientará vía telefónica acerca de las medidas a seguir según sea el caso, sin emitir un diagnóstico.

Si se desea obtener un diagnóstico a solicitud de cualquiera de los Beneficiarios Totales, el Equipo Médico del Prestador, dispondrá de los medios necesarios para la obtención del mismo a través de los siguientes medios:

- a. Concertación de una cita médica en el domicilio del beneficiario**
- b. Visita del beneficiario en el consultorio o centro hospitalario que pertenezca a la red médica del Prestador**

El costo de la consulta será desde \$250.00 (doscientos cincuenta pesos) y todos los costos adicionales como traslado del doctor, medicamentos, tratamientos, hospitalización, estudios de laboratorio, honorarios médicos u otros correrán por parte de cualquiera de los Beneficiarios totales que hayan recibido el servicio. Los médicos que acuden al domicilio, son plenamente identificados y con un tiempo máximo de arribo de 60 minutos. Únicamente se coordinan servicios de medicina general.

Como excepción a lo anterior, El Prestador cubrirá única y exclusivamente el costo de la consulta médica (no incluye medicamentos, tratamientos, hospitalización, estudios de laboratorio, etcétera), siempre y cuando se haya tratado de una consulta originada por una situación de emergencia y el médico que otorgue la consulta pertenezca a la RED MÉDICA DEL PRESTADOR, en caso contrario, el costo de consulta también correrá por cuenta de cualquiera de los Beneficiarios totales que hayan recibido el servicio. Las consultas sin costo que se originen por una situación de emergencia, se otorgarán hasta un límite máximo de 3 (tres) consultas por año de vigencia de la póliza de seguro.

El Prestador proporcionará los Servicios de Asistencia Médica a nivel nacional, en las principales ciudades del país. El Prestador hará lo posible por ayudar al Beneficiario para que localice con la mayor celeridad posible a un médico u hospital.

Cuando el Beneficiario por alguna razón requiera orientación médica derivada de cualquier situación de emergencia, El Prestador pondrá a disposición del Beneficiario cualquier consulta relacionada con diagnósticos de padecimientos, segundas opiniones, interpretación de resultados de laboratorios, asesoría sobre el uso adecuado de medicamentos prescritos por su médico tratante, así como para cualquier consulta relacionada con diagnósticos de padecimientos anteriores a la orientación telefónica, sin que al efecto se considere como un nuevo diagnóstico.

Los servicios a que se refiere la presente Asistencia Médica, configuran la obligación del Prestador de organizar y cubrir los costos directamente. Solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos se procederá a reembolsar al usuario el monto erogado.

4.2 EXCLUSIONES.

Con excepción de lo dispuesto en el “Punto a” de la cláusula que antecede, los Beneficiarios Totales o Beneficiario Adicional no tendrán derecho a los servicios de asistencia por parte del Prestador cuando:

- a. Se requieran por una acción intencional originada por cualquiera de los Beneficiarios Totales.**
- b. Cuando cualquiera de los Beneficiarios Totales, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita al Prestador atender debidamente el asunto.**
- c. Cuando cualquiera de los Beneficiarios Totales no se identifique como tal.**
- d. Cuando cualquiera de los Beneficiarios Totales incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en el presente apartado**

También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
- b. Lesiones autoinflingidas o participación de cualquiera de los Beneficiarios Totales en actos delictuosos intencionales.**
- c. La participación de cualquiera de los Beneficiarios Totales en combates, salvo en caso de defensa propia.**
- d. La práctica de cualquiera de los Beneficiarios Totales en deportes como profesional, así como su participación en competencias, competencias oficiales, exhibiciones, pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.**
- e. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
- f. Enfermedades mentales o alienación.**
- g. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente.**
- h. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencional de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- i. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

5. CLÁUSULAS GENERALES.**5.1 SUMA ASEGURADA O VALOR INDEMNIZABLE.**

La indemnización procedente se realizará de conformidad a lo indicado en la carátula de la póliza.

5.2 LÍMITE TERRITORIAL.

Esta póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir hospitalizaciones que ocurran dentro de la República Mexicana.

5.3 RESIDENCIA.

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

5.4 BENEFICIARIOS.

Salvo pacto en contrario, para los efectos de esta póliza, se entiende por “Beneficiario” preferente el Asegurado Titular de la póliza y en caso de que se encontrare materialmente imposibilitado para reclamar el seguro en forma directa o a través de apoderados, se considerará a la primera de las personas designadas por el Asegurado Titular como Beneficiario Adicional 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 en caso de hospitalización y que sean mayores de edad.

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

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

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

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

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado Titular o en caso de que el beneficiario y el Asegurado Titular mueran simultáneamente

5.5 SINIESTROS.

Tan pronto como el Asegurado Titular o cualquiera de sus Beneficiarios, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Institución. El Asegurado Titular o el Beneficiario

gozarán al efecto de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso que deberá ser por escrito. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Institución la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Institución las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los documentos médicos relacionados con la hospitalización reclamada. En caso de no cumplir con estos requisitos la Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado Titular y/o cualquiera de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.

5.6 DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE.

En ningún caso quedará obligada la Institución, si:

- a. Probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe de los beneficiarios totales, beneficiarios adicionales o sus representantes.**
- b. El siniestro se debe a culpa grave del Asegurado Titular y/o cualquiera de sus Beneficiarios.**
- c. 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 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**
- d. El asegurado o cualquiera de los beneficiarios omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.**

5.7 COMPETENCIA.

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

Es prerrogativa del reclamante, acudir ante las instancias administrativas referidas o directamente ante el juez que corresponda, conforme a lo referido en el párrafo precedente.

5.8 COMUNICACIONES.

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de la Institución en su domicilio. Las que se dirijan a Los Beneficiarios Totales, serán enviadas mediante correo electrónico y/o al último domicilio que los mismos hayan señalado para tal efecto.

5.9 PERIODO DE GRACIA.

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

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

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

5.10 EDAD.

La edad máxima del Asegurado Titular para la contratación del presente seguro, es de 60 años de edad y la mínima es de 18 años.

La edad de la Esposa(o) o Concubina(rio) del Asegurado Titular para ser beneficiario al amparo de esta póliza, será de 15 a 60 años de edad. Para el caso de los hijos del Asegurado Titular, la edad para ser beneficiario al amparo de esta póliza es de 3 meses de edad a 16 años, adicionalmente también estarán cubiertos los hijos en un rango de 16 a 25 años de edad siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso monetario.

Se considerará como edad real del Asegurado Titular o cualquiera de sus Beneficiarios la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La Institución podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado Titular o cualquiera de sus Beneficiarios totales, al inicio del Contrato de seguro o con posterioridad y después de recibirlas no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad.

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 Institución, 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 Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar 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 Titular se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido y la Institución únicamente pagará el importe de las primas no devengadas que hubiera y que correspondan a la póliza en la fecha de su rescisión.

5.11 PRIMA.

La prima a cargo del Contratante vence en el momento de la celebración del contrato, y será calculada en base a la edad alcanzada por el Asegurado Titular.

Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerá al inicio de cada período pactado, y se aplicará la tasa de financiamiento determinada por la Institución a la fecha de expedición de la póliza, la cual se dará a conocer por escrito al Asegurado Titular.

El Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o de cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del período de gracia, si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

En caso de siniestro, la Institución deducirá de la indemnización debida el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período del seguro contratado.

En caso que el pago de primas se realice mediante cargo a cuenta y/o tarjeta (de débito o crédito), el estado de cuenta bancario respectivo acreditará el pago realizado, salvo prueba en contrario. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas no imputables a la Institución, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

La prima adeudada a la Institución será la suma de la prima individual de cada Asegurado, determinada de conformidad con los beneficios en vigor.

Después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, la prima puede ser actualizada de acuerdo con la edad alcanzada por los Asegurados aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5.12 REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la cláusula "Prima" de estas Condiciones Generales, el Asegurado Titular podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la Institución devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Institución para efectos administrativos en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente, y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, la Institución responderá de siniestros ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

5.13 MONEDA.

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta póliza, son liquidables, en los términos de la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, en la fecha de pago.

5.14 PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por el inicio del procedimiento conciliatorio contenido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros así como de la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución

5.15 BENEFICIOS DEL ASEGURADO TITULAR.

Si durante la vigencia de esta póliza la Institución registra extensiones o nuevas coberturas sin cargo adicional de prima, serán aplicadas automáticamente, en beneficio del Asegurado Titular. Asimismo, si durante la vigencia de este Seguro disminuyen las tarifas registradas a la terminación de tal vigencia o antes a solicitud del Asegurado Titular, la Institución le bonificará la diferencia entre la prima pactada y la prima modificada, desde la fecha de dicha disminución hasta la terminación del seguro.

5.16 VIGENCIA.

La vigencia de este contrato inicia a las 12:00 horas y finaliza a las 12:00 horas, en las fechas indicadas en la carátula de la póliza para su vigencia.

5.17 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

Este Contrato será renovable automáticamente por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado Titular a la fecha de la renovación respectiva sea de 65 años de edad.

La Institución puede rehusarse a renovar o puede cancelar o modificar la póliza en cualquier momento, no obstante cualquier otra disposición de este contrato si:

- a. Cualquiera de los **Beneficiarios Totales** no actuaron de buena fe, engañando a la Institución o a cualquier otra aseguradora al esconder actos fraudulentos o violando términos de esta póliza.
- b. El **Asegurado Titular** deja de residir en México.
- c. La **Institución** cancela el tipo de plan al que está sujeto el **Asegurado Titular y/o** sus beneficiarios, sin que se afecte la vigencia de la última póliza contratada.

La renovación se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad y el asegurado podrá solicitar la no renovación del seguro con al menos 20 días hábiles de notificación antes del vencimiento de la póliza a la Institución en los términos señalados en la Cláusula Contractual.

5.18 BENEFICIOS GANADOS POR ANTIGÜEDAD.

Cuando el Asegurado Titular, cambie de plan en la mismas Institución, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado Titular no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Lo anterior, sin limitar a la Institución para que lleven a cabo procedimientos de suscripción cuando el asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de sumas aseguradas.

5.19 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 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 correspondiente pagará al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.20 LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Institución hará el pago de la indemnización en sus oficinas en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la Cláusula de Siniestros, de estas Condiciones Generales.

5.21 MODIFICACIONES.

Las Condiciones Generales y particulares de la póliza y los endosos respectivos sólo podrán modificarse mediante el consentimiento expreso de ambas partes, dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5.22 AJUSTES.

En caso de altas de miembros asegurados o de aumento de beneficios, la Institución cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el periodo de espera ya descrito.

5.23 ENDOSOS.

Cualquier endoso que pueda ser emitido desde la creación de la Póliza continuará en vigor a menos que se elimine de otra forma y cuya confirmación se haya puesto por escrito por un funcionario autorizado de la Institución.

6. INFORMACIÓN (DISPOSICIÓN 4.5.2. DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).

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

7. CONTENIDO DE LA PÓLIZA.

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).

8. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA.

El presente contrato de seguro podrá contratarse por cualquier medio electrónico, ya sea a través de la página Web de HSBC Seguros, vía telefónica, cajeros automáticos y/o cualquier otro dispositivo de acceso de HSBC México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC.

En este caso, la determinación de la prima se hará de acuerdo con la información específica que proceda, dependiendo del seguro de que se trate, proporcionada a la Institución por el medio electrónico empleado.

Los pagos de seguros contratados bajo esta modalidad, sólo podrán hacerse mediante cargos a cuenta de cheques aperturada en HSBC México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC, tarjetas de crédito o tarjetas de débito, cuya identidad se encuentra reconocida por la Institución emisora, por lo que el Contratante y/o Asegurado otorgan su consentimiento y conformidad con el presente Contrato de Seguro, en los términos de las presentes Condiciones Generales, que por esa misma vía podrá consultar, al introducir en la pantalla respectiva la información solicitada de la cuenta o tarjeta. Asimismo, la Institución se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos.

El uso de los medios de autenticación en sustitución de la firma autógrafa, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

En este supuesto de contratación, la Institución, al aceptar la propuesta del Contratante y/o Asegurado, proporcionará un número de identificación de la operación con la que se perfecciona el presente Contrato.

9. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CAPÍTULO 4.11 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).

La Institución 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.- A través de ejecutivos HSBC	De manera personal en la Sucursal de HSBC México o mediante correo electrónico
2.- Internet/Medios Electrónicos	Mediante envío a domicilio o correo electrónico.
3.- Vía Telefónica	Mediante envío a domicilio o correo electrónico.
4.-Cajero Automático de HSBC México	De manera personal en la Sucursal de HSBC México o mediante envío a domicilio o correo electrónico.

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose de la Ciudad de México o del Interior de la República Mexicana al teléfono (01-55) 57213322 donde le indicarán la forma de obtener la documentación de su seguro contratado.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado, deberá comunicarse de la Ciudad de México o del Interior de la República Mexicana al teléfono (01-55) 57213322. La Institución emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Si la cancelación o no renovación de la póliza no puede efectuarse vía telefónica, el Asegurado 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 Institución se sujetará a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

10. TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS APLICABLES.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

ARTÍCULO 66.- 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 el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

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.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma No. 347, Piso 6, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Ciudad de México.

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

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.

11. CLÁUSULA DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Contratante y/o Asegurado que haya otorgado su consentimiento podrán realizar a través de Medios Electrónicos tales como página de internet, vía telefónica y cajeros automáticos de HSBC México, siempre que dicho medio lo permita, las Operaciones Electrónicas siguientes:

- a) Contratación, cancelación, solicitud, aceptación o emisión de endosos del contrato de seguro
- b) Modificación de designación de beneficiarios
- c) Alta y modificación del medio de notificación al Contratante y/o Asegurado,
- d) Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado
- e) Desbloqueo de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP), así como para la reactivación del uso de los servicios de Operaciones Electrónicas
- f) Modificación de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) por parte del Contratante y/o Asegurado.
- g) Solicitud de pago de rescate.

La Institución pone a disposición del Contratante y/o Asegurado, las condiciones de uso las cuales se encuentran en su página de Internet para su consulta en cualquier momento y utilización de los Medios Electrónicos.

La Institución solicitará los datos de algún medio de comunicación, tales como su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para la recepción de Mensajes, a fin de que se le hagan llegar las notificaciones al Contratante y/o Asegurado de la Operación Electrónica realizada.

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

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

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

- a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales.
- b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de HSBC México, S.A Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC, el cual está autorizado para la promoción y venta de los seguros.
- c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato
- d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que usted lo solicite, copia de la póliza o certificado individual en el que consten tanto sus derechos y obligaciones.
- e) Recibir explicación del costo de la prima así como de las formas de pago de la misma.
- f) Conocer el importe de la compensación directa que la Institución Aseguradora¹, paga a HSBC México por la distribución del seguro que usted contrató.
- g) Solicitar que en los Seguros de Accidentes y Enfermedades que contrate no se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedades o padecimiento alguno si se le aplica el examen médico como parte del proceso de contratación.
- h) Pedir la rectificación de su Póliza dentro de los 30 días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación.
- i) Cancelar su seguro en cualquier momento².

¹ HSBC Seguros, S.A de C.V. Grupo Financiero HSBC a través de HSBC México, S.A. Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero HSBC en términos del contrato de distribución para llevar a cabo la promoción y venta de seguros.

² Quedan exceptuados los seguros que tengan el carácter de obligatorios o mandatorios, como pueden ser aquellos que se establecen como requisito de contratación en los contratos de crédito, préstamos, financiamientos revolventes.

Al ocurrir un siniestro usted tiene derecho, a:

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes establecidos en el contrato de seguro en función a la suma asegurada contratada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro (Ver las Condiciones Generales del producto).
- b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas, de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas;
- c) Si Usted presenta una reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), tiene derecho a solicitar a dicha Comisión, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

13. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

14. REGISTRO DEL PRODUCTO

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 27 de abril de 2017, con el número CNSF-S0077-0125-2017/CONDUSEF-000924-02.

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

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en Ciudad de México. Teléfono de contacto UNE (0155) 5721-5661, con horario de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas (horario de la Ciudad de México). Correo electrónico UNE: mexico_une@hsbc.com.mx.

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

CONDUSEF: Insurgentes Sur No. 762. Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez. Código Postal 03100, Ciudad de México Teléfono (55) 5340 – 0999 y (01 800) 999 8080 o visite la página de internet www.condusef.gob.mx Correo electrónico de atención: asesoría@condusef.gob.mx.