

INDICE

1. CONTRATO	2
2. DEFINICIONES	2
3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURA	5
3.1 EXCLUSIONES:	5
3.2 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.	8
4. BENEFICIO ADICIONAL	8
4.1 COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA.	8
4.1.1 TRASLADO MÉDICO.....	8
4.1.2 REFERENCIAS MÉDICAS.....	8
4.2 EXCLUSIONES:	10
5. CLAUSULAS GENERALES	11
5.1 SUMA ASEGURADA O VALOR INDEMNIZABLE.....	11
5.2 LIMITE TERRITORIAL.....	11
5.3 RESIDENCIA.....	11
5.4 BENEFICIARIOS.....	11
5.5 SINIESTROS.....	12
5.6 FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE.....	12
5.7 COMPETENCIA.....	12
5.8 COMUNICACIONES.....	13
5.9 PERIODO DE GRACIA.....	13
5.10 CANCELACIÓN.....	13
5.11 EDAD.....	13
5.12 PRIMA.....	14
5.13 REEMBOLSO.....	14
5.14 REHABILITACIÓN.....	15
5.15 MONEDA.....	15
5.16 PRESCRIPCIÓN.....	15
5.17 BENEFICIOS DEL ASEGURADO.....	15
5.18 VIGENCIA.....	15
5.19 DISPUTABILIDAD.....	15
5.20 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	16
5.21 INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	16
5.22 LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.....	16
5.23 MODIFICACIONES.....	16
5.24 AJUSTES.....	16
5.25 ENDOSOS.....	17
5.26 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	17
6. INFORMACIÓN (CIRCULAR S-8.3.2).....	17
7. CONTENIDO DE LA PÓLIZA.....	17
8. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA.....	17
9. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CIRCULAR S-25.5).....	18
10. TRASCIPCIÓN ARTÍCULOS APLICABLES.....	18

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 Compañía y el Contratante.

El objeto del presente Contrato es cubrir la hospitalización para el Asegurado Titular o sus Dependientes Económicos (incluidos en la póliza) en territorio nacional y durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada hasta por 365 días de hospitalización de acuerdo a los riesgos cubiertos:

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 preparada y emitida por un doctor autorizado.

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

No incluye enfermedad o cualquier condición o proceso degenerativo o natural.

No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Año de la póliza: Periodo de 12 meses, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o cualquier aniversario posterior.

Asegurado Titular: Es aquella persona asegurada que firma como responsable de la póliza en la solicitud.

Asegurados Totales: Es el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos, aceptados como Asegurados por la Compañía y que aparecen referidos en la carátula de la póliza.

Beneficiario de la póliza: Persona física a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este contrato.

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

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

Condición o Causa Relacionada: Cualquier situación médica considerada médicamente como una causa subyacente de, o directamente atribuible a la enfermedad para la que se busca el tratamiento.

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

Daño Corporal: Se refiere a una lesión sufrida accidentalmente por un Asegurado.

Deducible: Se define como el período inmediato posterior a la hospitalización que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista la hospitalización. El Deducible será de 1 (un) día y sólo aplica en caso de Enfermedad.

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.

Dependientes Económicos: Se consideran Dependientes Económicos del Asegurado Titular, el(la) esposo(a) o concubino(a) del Asegurado Titular y cualquiera de sus hijos, mientras estén entre los 3 meses y 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso monetario. Toda solicitud de cobertura para Dependientes Económicos se entenderá realizada para todos los dependientes, menores de 16 años, y no sólo para uno o alguno de ellos.

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. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge del Asegurado.

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

Enfermedad: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Las alteraciones o 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 una misma Enfermedad.

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 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 edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desordenes 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 por un periodo de un mínimo de 24 horas, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria de alguna enfermedad o lesión corporal. Lo anterior no incluye tratamiento alguno a consecuencia de embarazo o parto.

Incapacidad: Significa una condición médica diagnosticada por un doctor que dé lugar a un tratamiento hospitalario después de una lesión corporal o enfermedad. Todas las lesiones corporales en un accidente se considerarán incapacidad. Todos los daños corporales sostenidos en un mismo accidente serán considerados una sola incapacidad. Si una incapacidad es consecuencia de las mismas causas de una incapacidad anterior o relativa a una incapacidad anterior (incluidas las complicaciones que surjan de ellas) la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior y no una incapacidad separada, excepto si dicha incapacidad se extiende por más de un año de póliza, en cuyo caso será considerada una nueva incapacidad bajo los términos de esta póliza.

Padecimiento Congénito: Se entiende como congénito el padecimiento o enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

Periodo de Espera: Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir durante el cual el(los) Asegurado(s) no estará(n) amparado(s) y no procederá pago de indemnización alguno. El Periodo de Espera es el especificado en la carátula de la póliza, las Condiciones Generales o endosos. El Periodo de Espera deberá cumplirse al iniciar la vigencia de la póliza y en su caso, cada vez que se rehabilite la misma. El Periodo de Espera sólo aplica en caso de Enfermedad y salvo pacto en contrario equivale a 60 (sesenta) días naturales.

Perito Médico: Médico Especialista registrado en el tribunal o médico especialista certificado por el Consejo correspondiente o alguna autoridad o cualquier persona física, moral o institución que la Compañía considere competente para realizar esta actividad.

Reclamación: Significará el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de incapacidad que resulte en hospitalización. Los beneficios diarios hospitalarios pagaderos de conformidad con lo que aquí se expone.

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 anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de una Enfermedad y/o Accidente cubierto, se determinará de acuerdo a las estipulaciones consignadas 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 del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURA.

En caso de ocurrir la hospitalización para el Asegurado Titular o sus Dependientes Económicos (incluidos en la póliza) en territorio nacional y durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada hasta por 365 días de hospitalización de acuerdo a los siguientes riesgos cubiertos:

- a. **Accidente.** Los Asegurados inscritos en la presente póliza quedarán cubiertos en caso de ser hospitalizados por Accidente, a partir de la fecha de inicio de vigencia.
- b. **Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad salvo mención contraria, quedará cubierta la hospitalización luego de transcurrir el periodo de espera, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

Las obligaciones a cargo de la Compañía comienzan una vez transcurrido el Deducible, siempre que el Asegurado permanezca ininterrumpidamente en el hospital y continúan hasta ser dado de alta o hasta que el Asegurado 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 el Asegurado es hospitalizado en terapia intensiva, la suma asegurada se duplica, y el costo se mantiene sin cambios.

3.1 EXCLUSIONES:

La Compañía no será responsable 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:
 - Cualquier infección que incluya estado cero-positivo, por cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
 - 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. **Aeronave:** Cualquier Asegurado estando en o sobre o entrando a o descendiendo de o bajando de o cayendo de cualquier tipo de aeronave que no sea un tipo estándar de aeronave completamente habilitada que sea propiedad de o sea operada por una organización que provea servicios aéreos regulares con rutas establecidas y en donde el Asegurado se encuentre viajando como pasajero con boleto. La expresión “aeronave” incluirá cualquier embarcación, nave o artefacto fabricado para o con la intención de flotar en el aire o desplazarse en el aire.
- c. **Alcohol:** Cualquier hospitalización que sea consecuencia del estado alcohólico del Asegurado o provenga de algún síndrome de dependencia alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la

- Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a, un síndrome de dependencia alcohólica.
- d. **Operaciones de las fuerzas armadas:** Cualquier participación del Asegurado en servicios u operaciones de la Marina, las Fuerzas Aéreas o el Ejército o en operaciones de naturaleza armada planeada o conducida por autoridades civiles o militares, tales como operaciones en contra de bandidos, terroristas u otros elementos.
 - e. **Congénito:** Cualquier tipo de enfermedad o defecto congénito.
 - f. **Cirugía plástica o cosmética:** Cualquier hospitalización causada por cirugía plástica, reconstructiva o cosmética, sea efectuada o no con propósitos psicológicos.
 - g. **Tratamiento dental:** Cualquier trabajo o tratamiento dental (incluyendo cirugía dental) y extracción de dientes y/o muelas.
 - h. **Diálisis:** Cualquier tratamiento concerniente a diálisis.
 - i. **Abuso de Drogas:** Cualquier hospitalización que sea consecuencia de o provenga del abuso de drogas, incluyendo tratamiento de cualquier condición médica que, en opinión del médico de consulta de la Compañía, es considerado ser una causa subyacente o directamente atribuible a abuso de drogas.
 - j. **Dependencia a las drogas:** Cualquier hospitalización causada por dependencia de drogas, incluyendo el tratamiento de cualquier condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado una causa subyacente o directamente atribuible a dependencia de drogas.
 - k. **Conducción en estado alcohólico:** Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado estuviera en control de un vehículo cuando el nivel de alcohol en la sangre/orina exceda el nivel legalmente permitido.
 - l. **Epilepsia, enfermedad mental o condiciones geriátricas o psiquiátricas:** Cualquier hospitalización causada por ataques epilépticos de cualquier naturaleza o cualquier enfermedad mental, nerviosa, senil, Alzheimer o desórdenes histéricos o tratamientos en hospitales psiquiátricos o albergues o centros de salud infantil (pero no incluyendo instituciones pediátricas).
 - m. **Actividades peligrosas:** Cualquier hospitalización que sea causada mientras el Asegurado estuviera involucrado en alguna de las siguientes actividades peligrosas: 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.
 - n. **Maternidad:** Embarazo, aborto (excepto como consecuencia de un accidente), nacimiento (incluidos exámenes de diagnóstico de embarazo), tratamientos de fertilidad, aborto o esterilización y contracepción, incluida cualquier complicación relacionada.

- o. **Peligros naturales:** Avalanchas, terremotos, erupciones volcánicas u otra convulsión de la naturaleza.
- p. **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.
- q. **Lugares peligrosos:** Los accidentes ocurridos en rastros, fundiciones, astilleros, minas, excavaciones, cuevas o lugares subterráneos, embarcaderos, pozos de petróleo, canteras o andamios de más de 2 metros de altura,.
- r. **Condiciones preexistentes:** Cualquier condición médica y/o relacionada que existiera o pudiera haber sido prevista a la fecha de comienzo de la póliza. Esto incluye cualquier condición por la cual el Asegurado hubiera recibido asesoría o tratamiento, o la cual, de acuerdo a su mejor conocimiento y creencia, era de su conocimiento o debería razonablemente haber sido de su conocimiento en fecha anterior a la de comienzo de la póliza.
- s. **Carreras:** Cualquier Asegurado involucrado en o tomando parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
- t. **Curas de reposo y medidas preventivas:** Cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.
- u. **Suicidio, enfermedades venéreas, defectos físicos:** Daño corporal autoinfligido intencionalmente o daño corporal sufrido como resultado de un acto criminal efectuado por el Asegurado, suicidio o intento de suicidio estando mentalmente sano o insano, enfermedades venéreas, intoxicación y cualquier enfermedad transmisible que requiera por ley aislamiento o cuarentena.
- v. **Tratamiento no recomendado por un médico:** Cualquier hospitalización no recomendada por un médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un médico matriculado o bien realizada en clínicas de hidroterapia. Hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos-X, o chequeos físicos o médicos generales.
- w. **Periodo de espera:** Cualquier hospitalización que comience dentro de los 60 días posteriores a la fecha de comienzo de la póliza, a menos que sea como resultado de un Accidente.
- x. **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.
- y. **Variaciones de peso:** Obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.

- z. Siniestros ocurridos fuera de territorio nacional: Si la hospitalización se presenta fuera de territorio nacional.**
- aa. Si el Asegurado no tuviera su residencia en territorio nacional (Estados Unidos Mexicanos) al momento del siniestro.**

3.2 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a.** En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.
- b.** En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Dependiente Económico respectivo cumpla la edad de 25 años, o en el momento que deje de ser soltero o genere su propio ingreso monetario.
- c.** Muerte del Asegurado Titular.
- d.** Cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

4. BENEFICIO ADICIONAL.

4.1 COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA.

4.1.1 TRASLADO MÉDICO.

Si el Asegurado sufre un Accidente y/o enfermedad grave, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de el Prestador, en contacto con el médico que los atienda, recomienden su hospitalización, el Prestador organizará y cubrirá el costo del traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre sin limitación. Si fuera necesario por razones médicas se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

Este servicio se encuentra limitado a un máximo de 2 (dos) traslados por vigencia de la póliza emitida por la Compañía y será proporcionado sólo en Territorio de la República Mexicana.

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 beneficiario.

Los Asegurados de este servicio, serán los Asegurados Totales de la Póliza de seguro emitida por la Compañía.

4.1.2 REFERENCIAS MÉDICAS.

Cuando el Asegurado necesite Asistencia Médica, el Equipo Médico del Prestador, le orientará acerca de las medidas a seguir según sea el caso, sin emitir un diagnóstico. A solicitud del Asegurado, el Equipo Médico del Prestador, dispondrá de los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- a. Mediante la visita a domicilio de un médico o,**
- b. Concertando una cita con un médico en su consultorio o en un centro hospitalario, pudiendo ser o no un médico de la red del Prestador, en términos de los que más adelante se señala.**

Así mismo el Prestador dará referencias de clínicas, hospitales, centros de salud y farmacias cercanas a su domicilio o lugar donde se encuentre.

El Prestador, proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En otros lugares, el Prestador, hará lo posible por ayudar al Asegurado para que localice con la mayor celeridad posible a un médico u hospital.

El Prestador no será responsable de la atención o falta de ésta que reciba el cliente por parte de los médicos, cuando se trate de médicos que no pertenezcan a la red médica del Prestador.

Cualquier gasto derivado de medicamentos, tratamientos, hospitalización, honorarios médicos u cualquier otro que se genere para la atención del cliente, correrá por cuenta y costo del Asegurado.

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 de el Prestador, en caso contrario, el costo de consulta también correrá por cuenta del beneficiario.

Las consultas sin costo para el beneficiario que se originen por una situación de emergencia, se otorgarán hasta un límite máximo de tres consultas por año de vigencia de la póliza.

Cuando el beneficiario solicite el servicio de referencia médica, a efecto de obtener una consulta médica por una situación que no sea de emergencia, siempre y cuando el médico que preste la consulta sea de los de la red médica de el Prestador, referido por éste y la consulta se haga en el consultorio del citado médico, el costo de la consulta será a cargo de el beneficiario, conforme a la tarifa preferencial vigente a la fecha de la consulta respectiva. Este costo estará limitado a tres eventos por año de vigencia de la póliza. Las consultas no incluyen medicamento, tratamientos, hospitalización, estudios de laboratorio, etc., mismos que son ajenos a esta cobertura y son responsabilidad única del beneficiario.

Los Equipos Médico y Técnico de el Prestador, tendrán libre acceso al beneficiario y a sus historias clínicas, para conocer su situación y si tal acceso le es negado a el Prestador, ésta no tendrá obligación de prestar los servicios de asistencia.

c. Imposibilidad de Notificar al Prestador.

Los servicios referidos, configuran la única obligación del Prestador de organizar y cubrir los costos directamente y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Asegurado para solicitarlos en los términos señalados en las presentes Condiciones Generales, dicho Asegurado podrá acudir directamente a terceros en solicitud del servicio; en tal supuesto, el Prestador y de acuerdo a lo que a continuación se menciona, podrá cubrir al Asegurado las sumas que hubiere erogado, pero exclusivamente cuando se trate de ambulancia terrestre por emergencia, en ningún otro supuesto habrá lugar a dicho pago.

d. En caso de peligro de la vida.

En situación de peligro de muerte, el Asegurado, su representante o sus familiares, deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el accidente o enfermedad, con los medios más inmediatos y apropiados o tomar

las medidas más oportunas y, tan pronto como les sea posible, contactarán con el Prestador para notificar la situación.

f. Traslado médico sin previa notificación al Prestador.

En caso de accidente o enfermedad que requiera traslado médico de emergencia del Asegurado y la utilización de ambulancia terrestre sin previa notificación al Prestador, el Asegurado, su representante o su familiar, tan pronto como sea posible, deberán contactar al Prestador a más tardar dentro de las veinticuatro horas siguientes al accidente o enfermedad.

La falta de notificación al Prestador, se considerará al Asegurado como responsable de los costos y gastos ocurridos.

g. Mitigación.

El Asegurado, su representante o familiar, está obligado a mitigar o limitar los efectos de las situaciones de emergencia.

h. Cooperación con el Prestador.

El Asegurado, su representante o familiar, deberá cooperar con el Prestador para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a el Prestador los documentos necesarios para cumplir las formalidades necesarias.

i. Responsabilidad de la cobertura.

La Compañía por conducto del Prestador, asume el cumplimiento de las obligaciones asumidas en la presente Cobertura de Asistencia Médica.

4.2 EXCLUSIONES:

- a. Con excepción de lo dispuesto en el punto a de la cláusula que antecede, el Asegurado no tendrá derecho a pagos por parte de el Prestador.**
- b. Cuando por una acción intencional del Asegurado o sus familiares se requiera de la asistencia.**
- c. Cuando el Asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a el Prestador atender debidamente el asunto.**
- d. Cuando el Asegurado no se identifique como tal.**
- e. Cuando el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en el presente anexo.**
- f. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
- g. 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.**
- h. Autolesiones o participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- i. La participación del Asegurado en combates, salvo en caso de defensa propia.**

- j. La práctica del Asegurado en deportes como profesional, así como su participación en competencias, competencias oficiales, exhibiciones, pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.**
- k. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
- l. Enfermedades mentales o alienación.**
- m. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente**
- n. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- o. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

5. CLAUSULAS GENERALES.

5.1 SUMA ASEGURADA O VALOR INDEMNIZABLE.

La indemnización procedente al amparo de esta póliza, se realizará de conformidad a lo indicado en la carátula según elección del Contratante.

5.2 LIMITE TERRITORIAL.

Esta póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir hospitalizaciones que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

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 Beneficiario de la primera de las personas designadas por el Asegurado 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.

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.

5.5 SINIESTROS.

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 Compañía. El Asegurado 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 Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía 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 cumplirse estos requisitos la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

La Compañía 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 Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

5.6 FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a. Si el Asegurado, el beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- b. Si con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación a que se refiere la cláusula de "Siniestros", de estas condiciones generales.
- c. Si hubiera en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario, de los causahabientes o de los apoderados de cualquiera de ellos.
- d. Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.

5.7 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 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 Compañía en su domicilio. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado o a sus beneficiarios o causahabientes, serán enviados al último domicilio que el mismo haya 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 Compañía intentará hacer el cargo diariamente hasta treinta días naturales después de dicha fecha, que es el periodo de gracia al que tiene derecho el Contratante y/o Asegurado, continuando en vigor el contrato durante ese lapso de tiempo.

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

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

5.10 CANCELACIÓN.

Si el Asegurado celebra varios contratos de seguro del mismo producto al que corresponde el presente contrato, el total de las sumas aseguradas contratadas por todos los seguros, no podrá ser superior al Límite Máximo por Asegurado, equivalente a \$1,000.00 (mil pesos 00/100, M.N.)

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

5.11 EDAD.

La edad máxima del Asegurado para la contratación del presente seguro, es la que se indica en la carátula de la póliza o en su defecto 60 años de edad. La edad mínima para ser asegurado al amparo de esta póliza (en el caso de Dependientes Económicos) es de 3 meses de edad.

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

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

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

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

5.12 PRIMA.

La prima a cargo del Asegurado vence en el momento de la celebración del contrato.

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 Compañía a la fecha de expedición de la póliza, la cual se dará a conocer por escrito al Asegurado.

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.

La prima convenida deberá ser pagada, en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente.

En caso de siniestro, la Compañía 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 Compañía, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

La prima adeudada a la Compañía 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.

5.13 REEMBOLSO

No habrá reembolso de ninguna prima al momento de la muerte de algún Asegurado registrado de acuerdo a esta Póliza.

5.14 REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula “Prima” de estas Condiciones Generales, el Asegurado 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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.

5.15 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.

5.16 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 las causas y en los términos establecidos en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5.17 BENEFICIOS DEL ASEGURADO.

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

5.18 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.

5.19 DISPUTABILIDAD.

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

5.20 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

Este contrato será renovable automáticamente por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado a la fecha de la renovación respectiva sea de 65 años de edad, cuyo caso la póliza no se renovará, de igual forma aplicará para el cónyuge, mientras que para los hijos entre la fecha de nacimiento y la edad de 25 años que sean solteros, no perciban ingreso propio y vivan con el titular de la póliza.

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

- a. El Asegurado o cualquier dependiente elegible no haya actuado de buena fe, engañando a la Compañía o a cualquier otra aseguradora al esconder actos fraudulentos o violando términos de esta póliza.
- b. El Asegurado deja de residir en México.
- c. La Compañía cancele el tipo de plan a que esta sujeto el o los Asegurados.

La renovación se llevará a efecto sin requisitos de asegurabilidad.

5.21 INDEMNIZACIÓN POR MORA.

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 correspondiente 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.

5.22 LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía 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.

5.23 MODIFICACIONES.

Las condiciones generales y particulares de la póliza y los endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

5.24 AJUSTES.

En caso de Altas de Dependientes o de aumento de beneficios, La Compañía 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 plazo de espera ya descrito.

5.25 ENDOSOS.

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

5.26 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

6. INFORMACIÓN (CIRCULAR S-8.3.2).

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 mediante a través de la página Web de HSBC seguros, vía telefónica y cajeros automáticos.

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 Compañía 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 voluntad y conformidad con el presente contrato de seguro, en los términos de las presentes condiciones generales, que por esa misma vía ha consultado, al introducir en la pantalla respectiva la información solicitada de la cuenta o tarjeta. Asimismo, la Compañía se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos.

El uso de los medios de identificación que se establecen en el párrafo anterior, 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.

En este supuesto de contratación, la Compañía, 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 (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.hsbcseguros.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.

10. TRASCRIPTIÓN 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 primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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 el mayor previsto en este artículo.

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 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.

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

Artículo 36-E.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, 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:

I.- Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;

II.- Los medios de identificación del usuario y las responsabilidades correspondientes a su uso, y

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.

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 Nacional de Seguros y Fianzas.

Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad de la obligación principal, aun cuando 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

Registro del producto

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número CNSF-S0077-1108-2010 de fecha 17 de diciembre de 2010.