

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

“Seguro de Protección por Accidentes Personales Individual”

27 de septiembre 2024

En HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros para proteger a su familia y su patrimonio. Con el fin de brindarle un mejor servicio, le informamos que, para cualquier modificación o corrección en los datos de su Póliza, cuenta con un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciba la Póliza, de lo contrario entenderemos que cumplimos con las expectativas.

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

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

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

INDICE

I. DEFINICIONES	3
II. COBERTURAS BÁSICAS	5
1. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL	5
2. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS	5
3. EXCLUSIONES DE COBERTURAS BÁSICAS	6
III. COBERTURA ADICIONAL	7
1. COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS	7
2. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL	10
IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA	11
DEFINICIONES	12
EXCLUSIONES PARA SERVICIOS DE ASISTENCIA	15
V. CLÁUSULAS GENERALES	16
1. VIGENCIA	16
2. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	16
3. MODIFICACIONES	16
4. EDAD	16
5. AVISO DE SINIESTRO	17
6. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	18
7. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	18
8. PRIMAS	19
9. PERÍODO DE GRACIA	19
10. REHABILITACIÓN	19
11. RENOVACIÓN	20
12. CANCELACIÓN	20
13. MONEDA	21
14. PAGO DE INDEMNIZACIONES	21
15. INTERÉS MORATORIO	23
16. COMPETENCIA	23
17. NOTIFICACIONES	23
18. PRESCRIPCIÓN	24
19. INFORME	24
20. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA	24
21. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	25
22. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	25
23. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	26
VI. FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.	28
VII. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS DE REFERENCIA	29
VIII. DOMICILIO UNE Y CONDUSEF	44
IX. LEYENDA DE REGISTRO	44

I. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos del contrato de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación:

- **Accidente:** Es el acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará Accidente las lesiones corporales o la muerte, provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra amparada por algunas de las coberturas de este Contrato de Seguro.
- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, que tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza en la proporción indicada por el Asegurado, correspondiente a aquellas coberturas contratadas.
- **Contratante:** Es la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Institución y que se encuentra obligada al pago de las primas aplicables.
- **Contrato de Seguro o Póliza:** Es el acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante que se compone de la Solicitud del Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, Endosos, así como las Cláusulas Adicionales que se agreguen, y constituye prueba del Contrato de Seguro celebrado con la Institución.
- **Culpa Grave:** Se entenderá cuando el Asegurado, estando en posibilidad de hacerlo, no realice los actos mínimos y elementales a efecto de evitar que el Siniestro suceda.
- **Dispositivo:** Es el equipo que permite acceder a la red mundial denominada Internet, el cual puede ser utilizado para celebrar Operaciones Electrónicas.
- **Endoso:** Es el documento emitido por la Institución, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte de las condiciones establecidas en el Contrato de Seguro, mediante acuerdo entre las partes.
- **Fractura:** Es la lesión traumática de un hueso ocasionada por un Accidente, caracterizada por una interrupción de la continuidad del tejido óseo.
- **Institución:** HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- **Pérdida Orgánica:** Se entenderá como:
 - a) La pérdida de una o ambas manos, es decir, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o hacia al hombro.

- b) La pérdida de uno o ambos pies, es decir, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o hacia la rodilla.
 - c) La pérdida de la vista de uno o ambos ojos, es decir, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
 - d) La pérdida de los dedos pulgar o índice, es decir su anquilosamiento total o la amputación quirúrgica o traumática completa de dos falanges cuando menos.
- **Periodo de Gracia:** Es el lapso de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima anual o la fracción de ésta en caso de pago fraccionado.
- **Plazo Contratado:** Es el tiempo transcurrido desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza hasta la fecha final de la misma, indicado en la carátula de la Póliza.
- **Práctica Amateur:** Es la actividad deportiva que se realiza sin que el deportista reciba una remuneración económica por practicar o competir en una o varias disciplinas.
- **Práctica Ocasional:** Es la actividad deportiva que promueve, fomenta y estimula la participación en actividades con finalidades recreativas, educativas y de salud o rehabilitación.
- **Práctica Profesional:** Es la actividad deportiva en la que el deportista practica y compite en una o varias disciplinas y se sujeta a una relación de trabajo, obteniendo una remuneración económica por su práctica.
- **Reclamante:** Es la persona que realiza el trámite de reclamación por Siniestro ante la Institución, para obtener el beneficio de la Póliza.
- **Rescisión:** Es el acto jurídico por el cual se deja sin efecto un Contrato de Seguro por causa imputable a una de las partes.
- **Siniestro:** Es la ocurrencia del riesgo amparado en el Contrato de Seguro en los términos y condiciones pactados en este Contrato y cuya materialización genera la obligación de indemnizar al Asegurado y/o Beneficiario según corresponda.
- **Suma Asegurada:** Es el monto que se asigna en la carátula de la Póliza o último Endoso para cada cobertura contratada y que se describe en las Condiciones Generales.
- **Vigencia del Contrato de Seguro:** Es el tiempo durante el cual el Contrato de Seguro está en vigor y el Asegurado se encuentra cubierto.

II. COBERTURAS BÁSICAS

1. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte de este, la Institución pagará en los porcentajes asignados en la última designación de Beneficiarios de que tenga conocimiento, el importe de la Suma Asegurada vigente a la fecha del Siniestro para esta cobertura, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento del Siniestro.

2. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Institución pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la Suma Asegurada de esta cobertura si sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas abajo mencionadas, como consecuencia de un Accidente dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza o bien en un sólo Accidente, la Institución pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta el límite de la Suma Asegurada de esta cobertura.

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

Si la Institución llegara a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de Muerte Accidental se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo u otro Accidente. La Suma Asegurada de esta cobertura se reinstalará de forma automática a la renovación de la Póliza para cualquier nueva reclamación por siniestro.

La suma de las indemnizaciones a pagar respecto de las coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, en ningún caso será superior al importe de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza.

A fin de determinar las Pérdidas Orgánicas, el Asegurado deberá presentar a la Institución, un dictamen avalado por una Institución del Sistema Nacional de Salud o un Médico Especialista que no sea Familiar del Reclamante, que cuente con Certificado de Especialización en la materia en que sea diagnosticada la Pérdida Orgánica, así como, de todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de las mismas y acepte someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Institución le solicite. La Institución, para determinar la improcedencia de la Pérdida Orgánica, podrá apoyarse en un dictamen avalado por una institución de salud debidamente certificada o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos.

3. EXCLUSIONES DE COBERTURAS BÁSICAS

La Institución no responderá de la Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas que sufra el Asegurado en caso de:

a) Que el Asegurado participe en:

- Pruebas, competencias o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero;
- Deportes extremos o peligrosos, como paracaidismo, buceo, alpinismo, rapel, salto del bungee, charrería, equitación, hockey, esquí, rafting, tauromaquia, motociclismo, motonáutica, automovilismo, boxeo, artes marciales, acrobacia o cualquier tipo de deporte aéreo, terrestre o acuático, así como la Práctica Profesional o Práctica Amateur de cualquier deporte, salvo que el Accidente ocurra con motivo de una Práctica Ocasional, siempre que no exista Culpa Grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado.
- Riña cuando el Asegurado la haya provocado.

b) Que se presente un Accidente y el Asegurado se encuentre en vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares, excluyendo en consecuencia las que se presenten en vuelos, estancia o permanencia en aviones de vuelos charter, taxis aéreos, helicópteros, globos y planeadores.

c) Que sean provocadas por lesiones autoinfligidas intencionalmente o resultantes de intento de suicidio aun cuando sean cometidos en estado de enajenación mental, o por mutilación o extirpación voluntarias incluyendo las

Página 6 de 44

realizadas mediante procedimientos quirúrgicos, a menos que éstos últimos hayan sido indispensables para la preservación de la vida o de la salud del Asegurado o tengan como finalidad la donación voluntaria de órganos siempre que ésta por su naturaleza no provoque la muerte del Asegurado.

- d) Que sean consecuencia o tengan relación con la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.
- e) Que sean derivados de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados o actos terroristas, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares.
- f) Que sean por inhalación de gases o humo o envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, a menos que se demuestre que fue accidental.
- g) Que ocurran por Culpa Grave del Asegurado, como lo es encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos y/o somníferos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- h) Que se provoquen por Accidentes cuya causa directa, sea el resultado de una fisión o fusión, nuclear o de radioactividad, pero no la utilización de isótopos.
- i) Enfermedad física de cualquier clase. Excepto que sea consecuencia directa de un Accidente.
- j) Tratamiento médico o quirúrgico, excepto en el caso de que éste sea necesario a consecuencia de un Accidente.
- k) Que ocurran a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones.

III. COBERTURA ADICIONAL

1. COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS

La Institución indemnizará al propio Asegurado si sufre una o varias Fracturas descritas más adelante en la tabla de indemnización a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia del Contrato de Seguro, y que exista evidencia documental médica que las fracturas fueron atendidas

dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del Accidente. Dichas fracturas, deben ser diagnosticadas por un médico con cédula profesional y demostradas mediante estudios correspondientes.

En caso de fracturas simultáneas, se pagará el monto procedente para cada fractura sin que el total exceda la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La Institución pagará el porcentaje de la Suma Asegurada vigente de esta cobertura conforme a lo especificado en la Tabla de Indemnización siguiente:

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

Fracturas cubiertas de acuerdo a su localización:	Porcentaje de la Suma Asegurada a indemnizar
• Cuello ○ Fractura de cualquier vértebra cervical ○ Fracturas múltiples de columna cervical	100%
• Cadera pelvis ○ Fractura del sacro ○ Fractura del cóccix ○ Fractura del hueso ilíaco ○ Fractura del acetábulo ○ Fractura del pubis ○ Fracturas múltiples de la pelvis	80%
• Cráneo ○ Fractura de la bóveda del cráneo ○ Fractura de la base del cráneo ○ Fractura del suelo de la órbita ○ Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara ○ Fractura de otros huesos del cráneo	50%

• Fémur, tarso, húmero ○ Fractura de la epífisis superior del humero ○ Fractura de la diáfisis del humero ○ Fractura de la epífisis inferior del humero ○ Fracturas múltiples de la clavícula, del omoplato y del húmero ○ Fractura del cuello del fémur ○ Fractura pertrocanteriana ○ Fractura subtrocanteriana ○ Fractura de la diáfisis del fémur ○ Fractura de la epífisis inferior del fémur ○ Fracturas múltiples del fémur ○ Fractura de otras partes del fémur ○ Fractura del calcáneo ○ Fractura del astrágalo ○ Fractura de otro(s) hueso(s) del tarso	40%
• Tobillo, tibia o peroné, codo, omoplato ○ Fractura del omoplato ○ Fractura de la epífisis superior del cubito ○ Fractura de la epífisis superior del radio ○ Fractura de la epífisis superior de la tibia ○ Fractura de la diáfisis de la tibia ○ Fractura de la epífisis inferior de la tibia ○ Fractura del peroné solamente ○ Fractura del maléolo interno ○ Fractura del maléolo externo	35%
○ Fractura del maxilar inferior ○ Fractura de la clavícula	30%
• Cúbito, radio, muñeca ○ Fractura de la diáfisis del cubito ○ Fractura de la diáfisis del radio ○ Fractura de la diáfisis del cubito y del radio ○ Fractura de la epífisis inferior del radio ○ Fractura de la epífisis inferior del cubito y del radio ○ Fractura del hueso escafoides de la mano ○ Fractura de otro(s) hueso(s) del carpo	25%
• Vértebras ○ Fractura de vértebra por fatiga ○ Fractura de vértebra torácica ○ Fracturas múltiples de columna torácica ○ Fractura de vértebra lumbar	20%

• Esternón, patela, hueso malar ○ Fractura del malar y del hueso maxilar superior ○ Fractura de esternón ○ Fractura de otras partes del tórax óseo ○ Fractura de la rótula	15%
• Mano (excluyendo muñeca) y pie (excluyendo tarso) ○ Fractura del primer metacarpiano ○ Fractura de otros huesos metacarpianos ○ Fracturas múltiples de huesos metacarpianos ○ Fractura de hueso del metatarso	10%
• Fracturas de los dedos de las manos (falanges)	5%
• Fracturas de los dedos de los pies (falanges)	5%

Toda indemnización que la Institución efectúe por concepto de esta cobertura, reducirá proporcionalmente la Suma Asegurada vigente de esta cobertura.

Asimismo, aun cuando la Institución realice el pago total de esta cobertura a consecuencia de alguna Fractura, el Contrato de Seguro se mantendrá Vigente por lo que se refiere a las coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.

La Suma Asegurada de esta cobertura se reinstalará de forma automática a la renovación de la Póliza.

2. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL.

La Institución no responderá de Fracturas que sufra el Asegurado en caso de:

- a) Fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
- b) Fracturas producidas como consecuencia directa de sufrir osteoporosis.
- c) Fracturas patológicas y congénitas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo: tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
- d) Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
- e) Fracturas que sean consecuencia directa de cualquiera de las situaciones siguientes:
 - Servicio militar, actos de guerra, actos terroristas, rebelión, motín, insurrección o tumulto popular, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

- Riña provocada por el Asegurado.
- Navegación aérea no realizada en líneas de transporte comercial aéreo.
- Deportes extremos o peligrosos, como paracaidismo, buceo, alpinismo, rapel, salto del bungee, charrería, equitación, hockey, esquí, rafting, tauromaquia, motociclismo, motonáutica, automovilismo, boxeo, artes marciales, acrobacia o cualquier tipo de deporte aéreo, terrestre o acuático.
- Práctica Profesional de cualquier deporte.
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- Intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo los efectos del alcohol o por el uso de drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos, psicodélicos y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico autorizado para el ejercicio profesional.
- Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- Síncope, convulsiones, lipotimias o parálisis.

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA

HSBC Seguros, S.A. de C.V, Grupo Financiero HSBC. (en lo sucesivo "HSBC") a través de un Prestador de Servicios (en lo sucesivo el "Prestador") brindará los "Servicios de Asistencia", a través de un Centro de Atención Telefónica (CAT), el cual será proporcionado al momento de la contratación y está dirigido a aquellos Usuarios que contratan el Seguro de Protección por Accidentes Personales Individual o a quienes cuentan con el Seguro por Accidentes Personales (en lo sucesivo Seguro por Accidentes Personales). Los "Servicios de Asistencia" entra en vigor a partir de la contratación de la Póliza.

Objetivo de los Servicios de Asistencia:

El Usuario al contratar el Seguro por Accidentes Personales en HSBC, podrá disponer y hacer uso de manera inmediata de los Servicios de Asistencia. Sin menoscabo de lo anterior, los Servicios de Asistencia otorgada se mantendrá vigente siempre y cuando el Usuario mantenga vigente la Póliza. Los Servicios de Asistencia no genera un costo o comisión alguna para el Usuario.

El usuario deberá facilitar al Prestador los siguientes datos para poder recibir la Asistencia:

- Lugar donde se encuentra.
- Número de teléfono donde el Prestador podrá contactarlo para brindarle los Servicios de Asistencia, o a su representante, así como todos los datos y referencias que el Prestador le solicite para facilitar su ubicación.
- Nombre completo y número de Póliza asignado en el contrato con HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- Descripción del problema o dolencias que le aquejen.

DEFINICIONES

Para efectos de los presentes Servicios de Asistencia, se entenderá en singular o plural por:

- a. **Solicitante o Usuario:** Es el Asegurado o Beneficiario descrito en la Carátula de la Póliza quien adquiere los Servicios de Asistencia Médica derivado de la Póliza contratada y quien utilizará el/los Servicios de Asistencia;
- b. **Coordinador:** Persona que forma parte del Centro de Atención Telefónica;
- c. **Proveedor:** Es la persona moral, que presta el servicio al Solicitante sobre los Servicios de Asistencia descritos en el presente documento;
- d. **Servicios de Asistencia:** Son los Servicios de Asistencia Médica, que se brindará al Solicitante, cuando lo requiera como consecuencia de algún evento o acontecimiento futuro e incierto, en los términos y bajo las condiciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales;
- e. **Situación de Asistencia:** Es todo estado de un Asegurado y/o Beneficiario que requiera de la atención descrita en los términos y con las limitaciones establecidas en las presentes Condiciones Generales, que dan derecho a la prestación de los Servicios de Asistencia.

Descripción de las Asistencias:

A partir de su adhesión al Servicio, HSBC da a conocer al Usuario las Asistencias que se le otorgan al contratar el Seguro por Accidentes Personales:

1. Traslado Médico Terrestre.

Cuando el Usuario sufre una Enfermedad Grave o Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran de la hospitalización del Usuario, el Prestador del Servicio organizará y cubrirá el costo del traslado del Usuario al centro hospitalario más cercano y apropiado, en ambulancia terrestre, limitado a 2 (dos) eventos por año, sin límite en el monto.

Si fuera necesario por razones médicas se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

2. Referencias Médicas en la República Mexicana.

Cuando el Usuario necesite Asistencia Médica, el Equipo Médico del Prestador, le orientará acerca de las medidas a seguir según sea el caso, sin emitir un diagnóstico, tratamiento médico, ni recetar medicamentos. A solicitud del Usuario y con cargo al mismo, el Equipo Médico del Prestador del Servicio, dispondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- a. A través de la concertación de una cita médica a domicilio del Usuario. El costo de la consulta correrá por cuenta del Usuario.**
- b. Concertando una cita con un médico en su consultorio o en un centro hospitalario. El costo de la consulta correrá por cuenta del Usuario.**

Prestador, dará referencias de clínicas, hospitales, centros de salud y farmacias cercanas a su domicilio o lugar donde se encuentre. **Todos los gastos que efectué el Usuario en los establecimientos referenciados, son responsabilidad de este y en ningún caso el Prestador tendrá responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de los referidos establecimientos.**

Prestador, proporcionará los Servicios de Asistencia Médica a nivel nacional, en las principales ciudades como: Ciudad de México, Puebla, Guadalajara, León, Mérida, Monterrey, Morelia, Toluca y Tijuana y donde cuente con oficinas regionales. El Prestador hará lo posible por ayudar al Usuario para que localice con la mayor celeridad posible a un médico u hospital.

3. Orientación Médica Telefónica.

Cuando el Usuario por alguna razón requiera orientación médica derivada de cualquier situación de emergencia, el Prestador del Servicio pondrá a disposición del Usuario, su Red de Médicos, las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 días del año, para 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.

El Prestador del Servicio, no será responsable por la orientación médica telefónica que al efecto realice la red de médicos, en los términos descritos en el párrafo anterior.

4. Referencia de Servicios.

El Prestador del Servicio ofrecerá al Usuario asesoría telefónica para la ubicación de los servicios siguientes:

- Consultas con médicos generales.
- Consultas con médicos especialistas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología)
- Laboratorios (No aplica en especiales o medicina nuclear)
- Gabinetes.
- Hospitales.
- Farmacias.
- Casas de enfermería
- Unidades de rehabilitación física.
- Ópticas.
- Psicología.

5. Asistencia Legal Telefónica.

El Prestador del Servicio pondrá a disposición del Usuario los servicios de asesoría legal telefónica con su red de abogados, para cualquier consulta telefónica relacionada con asuntos legales.

El Usuario en caso de que tenga cualquier duda debe marcar a la línea de la asistencia (0155) 5809 4808, donde el coordinador le brindará los Servicios de Asistencia y en su caso le informará los precios que apliquen.

EXCLUSIONES PARA SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. Traslados médicos programados, cualquiera que sea su naturaleza.
2. Cuando el Usuario no se identifique como tal.
3. Cuando el Usuario incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales.
4. Todas aquellas contempladas en las presentes Condiciones Generales.
5. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa de:
 - a) 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) Auto lesiones o participación del Usuario en actos delictuosos intencionales.
 - c) La participación del Usuario en combates, salvo en caso de defensa propia.
 - d) La práctica del Usuario en deportes como profesional, así como su participación en competencias oficiales y en exhibiciones.
 - e) La participación del Usuario y/o Beneficiarios en cualquier clase de carreras, competencias o exhibiciones.
 - f) Enfermedades mentales o alienación.
 - g) Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente.
 - h) Trasplante y/o traslado de órganos o miembros de cualquier tipo.
 - i) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
 - j) Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - k) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.

V. CLÁUSULAS GENERALES

1. VIGENCIA

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo indicado al efecto en la Carátula de la Póliza.

2. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Institución, todos los hechos importantes que se le pregunten y que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

3. MODIFICACIONES

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito en Endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 (treinta) días naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

4. EDAD

Los límites de edad para la admisión al seguro, son los que se indican en la carátula de la Póliza o en su defecto 69 (sesenta y nueve) años de edad, siendo ésta la edad máxima de asegurabilidad.

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

La Institución podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado al inicio del Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

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

Coberturas	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado	Vencimiento de las coberturas conforme a la edad alcanzada
Muerte accidental y/o Pérdidas Orgánicas y	18 años	69 años	70 años del Asegurado
Fractura de huesos	18 años	69 años	70 años del Asegurado

5. AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por este Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución, salvo caso fortuito o fuerza mayor en que el reclamante deberá avisar a la Institución de Seguros tan pronto como cese el impedimento.

Salvo disposición en contrario, el Asegurado o Beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles para dar el aviso que deberá ser por escrito o por vía telefónica.

6. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

Al presentarse alguna reclamación de seguro, de conformidad con el Art. 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del Reclamante toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Al efecto, el Reclamante autoriza a cualesquiera autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualesquiera persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada al Asegurado, en especial en caso de Siniestro, liberándolos expresamente de cualquier responsabilidad.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.

7. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Institución efectuará el pago de la Suma Asegurada conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato de Seguro.

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

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

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del Contrato de 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.

8. PRIMAS

El Contratante pagará la prima anual correspondiente a las coberturas contratadas bajo este Contrato de Seguro y podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento vigente en la fecha de aniversario de la Póliza.

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

La prima anual o fracción de ésta vencerá al inicio de cada periodo pactado y deberá continuar pagándose durante el Plazo Contratado.

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

9. PERÍODO DE GRACIA

A partir del vencimiento de la prima o de la fracción correspondiente, el Contratante dispondrá de un Periodo de Gracia.

Cuando se haya pactado el pago de la prima con cargo a la cuenta de cheques o a la tarjeta de crédito del Contratante, el cargo de la prima a la cuenta o tarjeta respectiva se hará en la fecha de inicio de cada período de pago pactado. En caso de que la cuenta o tarjeta no tenga los fondos suficientes o línea de crédito disponible, la Institución intentará hacer el cargo diariamente hasta 30 (treinta) días naturales después de dicha fecha.

Si durante el Período de Gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el Contrato de Seguro, la Institución pagará la indemnización 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 haya pagado la prima correspondiente o la fracción de la misma en caso de pago fraccionado, cesarán automáticamente todos los efectos del Contrato de Seguro.

10. REHABILITACIÓN

Si la Póliza es cancelada de forma automática de conformidad a lo establecido en la Cláusula 12 inciso b), la Póliza podrá ser rehabilitada en los supuestos siguientes:

a) Rehabilitación Automática: Esta podrá realizarse dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al Período de Gracia, siempre y cuando se cubran las primas pendientes que no fueron cubiertas.

b) Rehabilitación Expresa: Esta podrá realizarse dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores al periodo de rehabilitación automática, el Contratante podrá solicitar expresamente la rehabilitación del Contrato de Seguro, siempre y cuando se cubran las primas pendientes que no fueron cubiertas, adicionalmente, deberá presentar la siguiente documentación:

b.1) Petición por escrito en donde se solicite la rehabilitación y el Asegurado manifieste que no sufrió un Accidente durante el periodo en que la Póliza se encontraba cancelada;

b.2) Autorización para cubrir el costo de rehabilitación que corresponda y el importe vencido de la prima.

b.3) Identificación oficial vigente.

El Contrato de Seguro surtirá efectos nuevamente a partir de la fecha y hora en que el Contrato de Seguro haya quedado rehabilitado, fecha que será dada a conocer por la Institución, por lo que, durante el período existente entre la cancelación y la rehabilitación, no estarán cubiertos los riesgos amparados por este Contrato de Seguro.

11. RENOVACIÓN

Este Contrato de Seguro será renovable automáticamente, sin requisitos de asegurabilidad, y en caso de que éste ya no esté disponible, por uno cuyas características sean en beneficio del Asegurado. El Contrato se renovará por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado a la fecha de la renovación respectiva sea de 70 años de edad o más, en cuyo caso la Póliza no se renovará.

El importe de las primas podrá incrementar o disminuir en caso de renovación, conforme a la última Suma Asegurada vigente al momento de la renovación de acuerdo a los planes vigentes que tenga la Institución.

12. CANCELACIÓN

- a) A petición del Contratante. - La Póliza quedará cancelada si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución, para lo cual la Institución proporcionará un acuse de recibo o clave de confirmación o un número de folio. La cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado, si el pago es de manera mensual. En caso de que sea el pago anual, se hará a la fecha de la solicitud del Contratante.

La Institución devolverá la prima no devengada en un plazo que no excederá de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de la terminación mediante transferencia electrónica a la cuenta proporcionada por el Contratante para el cobro de las primas.

- b) Automática. - La Póliza quedará automáticamente cancelada:

- a. Al concluir el Período de Gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- b. Al vencimiento del plazo del Contrato de Seguro inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

13. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en Moneda Nacional.

14. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia del pago de la Suma Asegurada.

La prima anual que no hubiere sido pagada o la parte faltante de la misma será deducida del pago de la Suma Asegurada.

El proceso a seguir y la documentación requerida al Reclamante para la reclamación de Siniestro son los siguientes:

Proceso a seguir por el Reclamante en caso de Siniestro

- Cuando se presenta alguno de los eventos amparados bajo los beneficios antes mencionados, el Reclamante deberá llamar al teléfono 55 5721 3322 marque tecla #, opción 1, opción 1 y opción 2.
- Si desea iniciar la reclamación del Siniestro vía Internet ingresar al sitio siguiente: <https://enginia.grupordas.com.mx/AdministradorProd/Siniestros/WebApp/ReclamosOnline?a=NTE=>
- La reclamación del Siniestro se origina, proporcionando datos en relación al Siniestro y las causas del mismo (es recomendable tener la Póliza del Contrato de Seguro a la mano).
- El asesor proporcionará el número de reporte y le indicará al Reclamante que con posterioridad se le llamará para una cita.
- El asesor hará mención al Reclamante de la documentación que deberá entregar y le solicitará una cita, este asesor atenderá el trámite, brindando una atención y apoyo personalizado.
- Durante la visita del asesor identificará al Reclamante y recolectará los documentos.
- Una vez que la documentación requerida sea recabada, deberá turnarse el asesor asignado, quien enviará la documentación al área de Siniestros de la Institución para iniciar el trámite de reclamación.
- El área de Siniestros de la Institución emitirá el dictamen en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, una vez que cuente con la documentación completa.
- El asesor asignado informará el resultado del dictamen de Siniestro al Reclamante.

Documentos necesarios para la reclamación	Muerte Accidental	Pérdidas Orgánicas	Fractura de Huesos
► Acta de defunción del Asegurado (original o copia certificada). ► Acta de nacimiento del Asegurado y/o Beneficiario (copia simple). ► Identificación oficial, CURP y comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad. (copia simple cotejados contra su original) del Beneficiario. ► Formato de reclamación de pago de indemnización por Sinistro, firmado y requisitado por cada Reclamante, en este formato deberá estipular el número de cuenta a la cual en caso de proceder el dictamen se realizará el depósito, (este formato es proporcionado por el asesor asignado de HSBC Seguros) (original). ► Formato de Declaración No. 1 "Aviso de Reclamación por Fallecimiento" requisitado y firmado por el Reclamante anverso) y médico tratante o médico que certifique defunción (reverso). Formato proporcionado por el asesor asignado de HSBC Seguros (original). ► Formato de Declaración No. 2, "Aviso de Reclamación por Cobertura de Invalidez, pérdida(s) orgánica(s), Fractura(s) de hueso(s), enfermedad terminal, infarto, y cáncer" llenado y firmado por el Reclamante (anverso) y médico tratante (reverso), (este formato es proporcionado por el asesor asignado de HSBC Seguros) (original). ► Actuaciones completas del ministerio público: Fe ministerial, levantamiento e identificación de cadáver, necropsia, resultado de examen químico-toxicológico (para drogas y alcohol), declaración de testigos con relación a los hechos; en caso de Accidente automovilístico: parte de tránsito o policía federal o guardia nacional (según sea el caso), parte de ambulancia (copias certificadas). ► Historia clínica y/o resumen clínico en hoja membretada del Asegurado, emitido por el IMSS o ISSSTE o médico particular certificado original o copia certificada, con antecedentes personales patológicos y no patológicos con fechas de inicio y/o diagnóstico de padecimientos en original o copia certificada. ► Resultado de estudios practicados de laboratorio y gabinete del Asegurado (radiografías, fotografías, etc.).	X X X X X X X X X	X X X X X X X X X	X X X X X X X X X

De conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y solo en el caso de que la documentación enlistada arriba no sea suficiente para comprobar la realización del siniestro la Institución tendrá el derecho de exigir del Reclamante toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

15. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que soporten plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con el pago de la Indemnización respectiva en términos de este Contrato de Seguro al hacerse la misma exigible legalmente, pagará al acreedor la indemnización por mora que proceda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

16. COMPETENCIA

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto en contrario será nulo.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

17. NOTIFICACIONES

Las comunicaciones, avisos y notificaciones a la Institución deberán realizarse en las oficinas de la Institución, cuya dirección se indica en la carátula de la Póliza, surtiendo sus efectos en la fecha de su presentación.

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

Las comunicaciones, avisos y notificaciones de la Institución al Contratante, Asegurado(s) y/o Beneficiario(s), surtirán plenos efectos y se entenderán realizados de manera auténtica cuando se efectúen en el último domicilio que conozca la Institución, pudiendo utilizar los medios electrónicos para dicha comunicación.

18. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos que establece el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen; 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos, salvo los casos de excepción considerados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas y en los términos establecidos en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

19. INFORME

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

20. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA.

El presente Contrato de Seguro podrá contratarse por cualquier medio electrónico o equipo que permite acceder a la red mundial denominada Internet, ya sea a través de la página Web de HSBC Seguros, vía telefónica y cajeros automáticos, que la compañía tenga habilitado para dichos efectos.

En este caso, la determinación de la prima se hará de acuerdo con la información específica que proceda, dependiendo del Contrato de 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, tarjeta de débito o tarjeta de crédito, por lo que el Contratante otorgan su voluntad y conformidad con el presente Contrato de Seguro, en los términos de las presentes Condiciones Generales, que por vía electrónica ha consultado, al introducir en la pantalla respectiva la información solicitada de la cuenta, tarjeta de débito o tarjeta de crédito. Asimismo, la Institución 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 Institución, al aceptar la propuesta del Contratante, proporcionará un número de identificación de la operación con la que se perfecciona el presente Contrato de Seguro.

21. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

- a) De manera personal a través del ejecutivo de HSBC México o del promotor de la persona moral que distribuya el Contrato de Seguro;
- b) Envío a domicilio mediante correo en caso de que así se haya solicitado por el Contratante o Asegurado, o
- c) Envío a dirección de correo electrónico en caso de que así se haya solicitado por el Contratante o Asegurado.

Para el caso del inciso b) y c), si el Contratante o Asegurado no recibe la documentación de su Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado la Póliza, podrá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono 55 5721 3322, donde le indicarán las opciones para que se le realice la entrega correspondiente.

22. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Contratante o Asegurado podrá realizar, según corresponda, a través de medios electrónicos tales como página de internet, aplicaciones en dispositivos móviles, vía telefónica y cajeros automáticos de HSBC México, de conformidad a lo establecido en el art 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, siempre que dichos medios lo permitan, las Operaciones Electrónicas siguientes:

En el caso del Contratante.

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

En el caso del Asegurado, la modificación de la designación de Beneficiarios o el porcentaje asignado a los mismos.

Los mecanismos que se utilizarán para realizar las Operaciones Electrónicas son los siguientes:

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

- b) De acuerdo a la Operación Electrónica solicitada, se aplicará un proceso para la confirmación de la Operación Electrónica correspondiente;
- c) Una vez confirmada la Operación Electrónica de que se trate, la Institución notificará al solicitante de la Operación Electrónica realizada a través de los medios electrónicos disponibles, y, en su caso, enviará la documentación contractual, y
- d) En caso de que el Contratante o Asegurado no reconozca la Operación Electrónica deberá comunicarse al teléfono 55 5721 3322 opción #-1-3.

El Contratante o Asegurado tiene a su disposición los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos en la página de internet siguiente: www.hsbc.com.mx/seguros/condiciones-generales/.

La Institución solicitará los datos de algún medio de comunicación del Contratante o Asegurado 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 de la Operación Electrónica realizada y, en su caso, la documentación contractual.

Las Operaciones Electrónicas tendrán plena validez legal y no podrán ser desconocidas, repudiadas, rechazadas o revocadas por el Contratante o Asegurado, así como por la Institución.

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

23. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere condenado 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 Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la Disposición Transitoria Primera, del Acuerdo por el que se expiden las Disposiciones de Carácter General que se refiere al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad 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 con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas que no haya sido devengada, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

VI. 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) Solicitar que en los Seguros de Accidentes y Enfermedades que contrate no se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno si se le aplica el examen médico, como parte del proceso de contratación.
- g) 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.
- h) Cancelar su seguro en cualquier momento.

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;
- 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;

VII. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS DE REFERENCIA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

Art. 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:

- 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.

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

- I.** Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial

de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de Seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa

señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Art. 277 En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de

sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

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

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

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

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

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

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

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos,

Página 34 de 44

funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

- Art. 8** El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
- Art. 25** Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.
- Art. 47** Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.
- Art. 52** El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.
- Art. 53** Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:
- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
 - II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendiente 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.
- Art. 60** En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Art. 69 La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

Art. 72 En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las Instituciones de Seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Art. 81 Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:
I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II.- En dos años, en los demás casos.
En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

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

**LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS
FINANCIEROS**

Art. 50Bis Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

Art. 68 La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

- I Bis.** La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La Institución Financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la Institución Financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

- VI.** La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII.** En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII.** En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX.** La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X.** Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI.** Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Art. 139 Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

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

- I.** El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- II.** Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III.** En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

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

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

Art. 139 Quáter Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones

Página 41 de 44

terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

- 1)** Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
- 2)** Sabotaje, previsto en el artículo 140;
- 3)** Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
- 4)** Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
- 5)** Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

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

- V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
- VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
- VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

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

- a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
- b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
- c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivadas de motivos nobles.

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

Art. 400 Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que,
Bis por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

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

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

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

VIII. DOMICILIO UNE Y CONDUSEF

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

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

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

IX. LEYENDA DE REGISTRO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de septiembre de 2024, con el número CNSF-S0077-0357-2024 / CONDUSEF-005624-03.