

CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza y los endosos que se agreguen constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

DEFINICIONES

Compañía: HSBC Vida, S.A. de C.V.

Contratante: Persona que celebra el contrato de seguro con la Compañía y que se encuentra obligada al pago de las primas aplicables. El Contratante será el propio Asegurado, salvo indicación en contrario.

Asegurado: Persona sobre la cual versan los riesgos cubiertos por virtud del presente contrato de seguro.

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

Temporalidad del Seguro: La Temporalidad del Seguro se encuentra determinada por la diferencia entre la Edad Alcanzada conforme al Plan contratado (que es igual a 60 ó 50) y la edad del Asegurado a la fecha de contratación.

Suma Asegurada: Es el importe que la Compañía se obliga a pagar a los beneficiarios, en caso de que se presente el fallecimiento del asegurado. La Suma Asegurada será pagadera en Rentas Mensuales o en una sola exhibición para la cobertura de Perdidas Orgánicas. En el caso de las rentas mensuales, durante el periodo del beneficio, en el primer mes se pagará la renta mensual contratada, y para los meses subsecuentes se pagará la renta udizada multiplicada por el tipo de cambio de la UDI correspondiente al último día del mes inmediato anterior.

Renta Mensual Contratada: Corresponde al importe de la renta mensual establecida en la carátula de la póliza.

Renta Udizada: Es el valor que resulte de dividir el importe de renta mensual contratada entre el valor de la UDI (Unidad de Inversión) del último día del mes inmediato anterior al de fallecimiento.

Periodo de Beneficio: Se define como el periodo durante el cual la Compañía se obliga a pagar el Importe de Renta. El periodo de Beneficio está determinado por el Plan contratado y se define como:

a) *Periodo de Beneficio para Plan Edad Alcanzada 60 y Plan Edad Alcanzada 50*

El Periodo de Beneficio está determinado por la diferencia entre la Edad Alcanzada del Plan contratado (que será igual a 60 para el Plan Edad Alcanzada 60 y de 50 para el Plan Edad Alcanzada 50) y la edad de fallecimiento del Asegurado, sin considerar los meses completos transcurridos entre la fecha del último cumpleaños del asegurado y la fecha de fallecimiento.

b) *Periodo de Beneficio para Plan Edad Alcanzada 50. Rentas por 10 años*

El Periodo de Beneficio está determinado por un periodo de 10 años, contado a partir de la Fecha de fallecimiento del Asegurado.

COBERTURA**1. Cobertura por Fallecimiento**

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados en los porcentajes asignados en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento la Compañía.

Al efecto, el pago de la Suma Asegurada se realizará mediante pagos periódicos durante el Periodo de Beneficio, cada uno de los cuales por la cantidad especificada como Importe de Renta en la Carátula de la Póliza.

El Importe de Renta no podrá exceder en ningún caso y aún cuando así se consigne, el Límite Máximo de Renta Mensual especificado en Carátula de la Póliza.

Salvo indicación expresa y escrita en contrario, los pagos periódicos a que se refiere este apartado serán mensuales.

CLÁUSULAS GENERALES**VIGENCIA**

La vigencia de este contrato corre de la fecha y hora establecida para su inicio en la Carátula de la Póliza y hasta la fecha y hora indicadas para su terminación o fin en dicha Carátula de Póliza.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

En consecuencia, el agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

DISPUTABILIDAD

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

SUICIDIO

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

EDAD

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

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

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

Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Suma Asegurada se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real.

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

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

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

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

Los límites de admisión establecidos por la Compañía son los siguientes:

Plan	Límites de Edad
Edad Alcanzada 60	18 a 59 años
Edad Alcanzada 50	18 a 49 años
Edad Alcanzada 50 con Rentas por 10 años	18 a 49 años

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

PRIMAS

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

El Contratante pagará la prima correspondiente a este contrato de seguro, venciendo la prima anual al inicio de cada periodo pactado.

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 comprobante de cargo en el estado de cuenta correspondiente, tendrá los mismos efectos que el recibo expedido por la Compañía.

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

PERIODO DE GRACIA

El cargo de la prima a la cuenta del Contratante se hará en la fecha de inicio de cada periodo de pago pactado y en caso de que la cuenta no tenga los fondos o línea de crédito suficientes, la Compañía podrá intentar hacer el cargo en cualquier tiempo hasta treinta días naturales después de dicha fecha,

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

que es el periodo de gracia al que tiene derecho el Contratante y/o Asegurado, continuando en vigor el contrato durante ese lapso de tiempo.

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

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

CANCELACIÓN

La presente póliza se cancelará:

1. A petición del Contratante.- La póliza quedará cancelada si el Contratante lo solicita por escrito a la Compañía. La cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último período pagado.
2. Automáticamente.- La póliza quedará automáticamente cancelada:
 - a. Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
 - b. En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.
 - c. Cuando se establezca otra causa de cancelación para cada cobertura o endoso en particular, en términos de este contrato.
 - d. Si el Contratante y/o el Asegurado celebran, respecto de la persona del Asegurado, varios contratos de seguro del producto al que corresponde este contrato, el plan contratado no podrá ser distinto del primer contrato celebrado y el total de sumas aseguradas contratadas por todos los seguros, no podrán exceder el Límite Máximo por Asegurado.

Al efecto, el Límite Máximo por Asegurado corresponderá al Límite Máximo de Renta Mensual establecido en la Carátula de la Póliza del primer contrato celebrado.

En caso de que por cualquier causa los Importes de Renta Mensual contratados, en suma, resultaren superiores al Límite Máximo por Asegurado, se cancelará(n) los contratos de seguro mas recientes, hasta que la totalidad de Rentas Mensuales, en suma, sea igual o inferior al Limite Máximo por Asegurado.

En caso de que celebren contratos de diversos planes, subsistirá el primer contrato del seguro y los más antiguos que correspondan al mismo plan, hasta el límite máximo por asegurado, cancelándose todos los demás contratos de seguro.

En los eventos indicados en los párrafos precedentes no procederá pago de indemnización por siniestro respecto de los contratos cancelados y el Asegurado o Beneficiario(s) sólo tendrán derecho al reembolso de las primas que se hubieran pagado respecto de los contratos de seguro que se cancelen.

REHABILITACIÓN

Si después de transcurrido el periodo de gracia no se ha podido hacer el cargo de la prima correspondiente a la cuenta del Contratante por no contar con los fondos o línea de crédito suficientes, la póliza quedará cancelada y ésta podrá rehabilitarse en forma automática dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del periodo de gracia, en cuanto la cuenta tenga los fondos o línea de crédito suficientes para hacer los cargos correspondientes.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, en términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos.

LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente, mediante rentas mensuales o en una sola exhibición en el caso de la cobertura de Pérdidas Orgánicas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de este contrato.

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

COMPETENCIA

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

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

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

COMUNICACIÓN

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

PRESCRIPCIÓN

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

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

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

INTERÉS MORATORIO

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

INFORME (Circular S-8.3.2)

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

VALOR DE RESCATE

El Asegurado tendrá derecho a rescatar su póliza después de cubrir 36 meses de pago del seguro (3 anualidades), recibiendo el reembolso de una parte de la reserva terminal del año de solicitud de valor de rescate, según las consideraciones estipuladas en la Nota Técnica del producto y de acuerdo con la Temporalidad del Seguro, la antigüedad de la póliza y calculado como un porcentaje de dicha reserva conforme a la siguiente Tabla:

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

ENDOSO

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y EN SU CASO MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MACO)

Definición de Accidente

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

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

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, en los porcentajes establecidos en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento la Compañía, el importe de la suma asegurada, mediante pagos periódicos durante el Periodo de Beneficio, cada uno de los cuales por la cantidad especificada como Importe de Renta en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

BENEFICIO POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Compañía pagará, en una sola exhibición la proporción que corresponda de la Suma Asegurada para esta cobertura, la cual es equivalente al valor presente de la proporción de las rentas mensuales indicadas en la carátula de la póliza, si como consecuencia de un Accidente, el Asegurado sufre cualesquiera de las Pérdidas Orgánicas que se indican, sin sobrevenir su fallecimiento, de acuerdo con la siguiente Tabla de Indemnización.

Para tales efectos, por Pérdidas Orgánicas, en singular o plural, se entenderá:

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

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

ESCALA "A"

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

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

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

La indemnización se pagará siempre y cuando:

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

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

Toda indemnización que se efectúe por Pérdidas Orgánicas, reducirá en dicho importe el Beneficio que por Muerte Accidental pudiera corresponder.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

Si como consecuencia de un Accidente Colectivo sufrido por el Asegurado sobreviniera su muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, en los porcentajes establecidos en la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento la Compañía, el importe de la suma asegurada, mediante pagos periódicos durante el Periodo de Beneficio, cada uno de los cuales por la cantidad especificada como Importe de Renta en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

Para tal efecto, por Accidente Colectivo se entiende el Accidente que produzca la muerte del Asegurado y se presente dentro de los 90 días siguiente a la fecha del mismo:

- a) Mientras el Asegurado viaje como pasajero en barco o autobús operado por una empresa de transporte público, con pasaje (derecho de uso del servicio de transporte) pagado, sobre una ruta establecida previamente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b) Mientras el Asegurado haga uso de un ascensor que opere para servicio al público, con excepción de los ascensores usados en minas, pozos petroleros, plataformas marinas, construcciones, juegos mecánicos, grutas o pozos similares; o
- c) A causa de incendio en algún teatro, hotel, auditorio, centro comercial, estadio u otro edificio abierto al público y en pleno funcionamiento, en el que se encuentre al Asegurado al iniciarse el incendio.

EXCLUSIONES:

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

Las indemnizaciones por los beneficios correspondientes a esta cobertura, no serán cubiertas cuando se origine la muerte o pérdida orgánica del Asegurado, por:

- a. **Accidentes por participación del Asegurado en:**
 - **Servicio militar, actos de guerra, sedición, revolución, insurrección o rebelión.**
 - **Actos delictivos de carácter intencional.**
 - **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.**
 - **Riña cuando el Asegurado la haya provocado.**
 - **Motociclismo.**
- b. **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto y sólo respecto de las indemnizaciones por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas, cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial autorizada para la transportación regular de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.**
- c. **Lesiones auto inflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- d. **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza o inhalación de gases, excepto cuando se deriven de un Accidente.**
- e. **Culpa grave del Asegurado. Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado cualquier Accidente ocasionado por el mismo en virtud de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, salvo por prescripción médica.**
- f. **Homicidio como resultado de la participación del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- g. **Accidentes ocurridos a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

Asimismo no se pagará indemnización alguna en caso de que la muerte o Pérdida Orgánica del Asegurado que se presente 90 días después de la fecha del Accidente.

BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA

Para el caso de muerte accidental y de muerte accidental colectiva, la indemnización se pagará a él o los beneficiarios designados para la cobertura de fallecimiento y que aparecen en la carátula de la póliza. Para el caso de Pérdidas Orgánicas, el pago se hará al propio Asegurado.

ENDOSO**SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA****Traslado Médico**

Si el Asegurado sufre un Accidente y/o enfermedad grave, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA (prestador de servicios de asistencia médica contratado por la Compañía), en contacto con el médico que los atiende, recomienden su hospitalización, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA organizará y cubrirá el costo del traslado del asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre sin limitación. Si fuera necesario por razones médicas se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

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

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA sólo cubrirá el costo del traslado médico, por lo que cualquier gasto derivado de medicamentos, tratamientos, hospitalización, honorarios médicos u cualquier otro que se genere para la atención del beneficiario, correrá por cuenta y costo del beneficiario.

El beneficiario de esta cobertura, será el Asegurado titular de la póliza de seguro emitida por la Compañía.

Referencias Médicas

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

- a. Mediante la visita a domicilio de un médico o;
- b. Concertando una cita con un médico en su consultorio o en un centro hospitalario, pudiendo ser o no un médico de la red DEL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, en términos de los que más adelante se señala.

Así mismo EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA dará referencias de clínicas, hospitales, centros de salud y farmacias cercanas a su domicilio o lugar donde se encuentre.

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En otros lugares, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, hará lo posible por ayudar al asegurado para que localice con la mayor celeridad posible a un médico u hospital.

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA no será responsable de la atención o falta de ésta que reciba el cliente por parte de los médicos, cuando se trate de médicos que no pertenezcan a la red médica de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA.

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

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

Como excepción a lo anterior, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA cubrirá única y exclusivamente el costo de la consulta médica (no incluye medicamentos, tratamientos, hospitalización, estudios de laboratorio, etcétera), siempre y cuando se haya tratado de una consulta originada por una situación de emergencia y el médico que otorgue la consulta pertenezca a la Red Médica de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, en caso contrario, el costo de consulta también correrá por cuenta del beneficiario.

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

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

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

a. Imposibilidad de Notificar a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios a que se refiere el presente anexo, configuran la única obligación de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA de organizar y cubrir los costos directamente y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del asegurado para solicitarlos en los términos de este anexo, dicho asegurado podrá acudir directamente a terceros en solicitud del servicio; en tal supuesto, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA y de acuerdo a lo que a continuación se menciona, podrá cubrir al asegurado las sumas que hubiere erogado, pero exclusivamente cuando se trate de ambulancia terrestre por emergencia, en ningún otro supuesto habrá lugar a dicho pago.

b. En caso de peligro de la vida.

En situación de peligro de muerte, el asegurado, su representante o sus familiares, deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el accidente o enfermedad, con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas y, tan pronto como les sea posible, contactarán con EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA para notificar la situación.

c. Traslado médico sin previa notificación a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA.

En caso de accidente o enfermedad que requiera traslado médico de emergencia del asegurado y la utilización de ambulancia terrestre sin previa notificación a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, el asegurado, su representante o su familiar, tan pronto como sea

posible, deberán contactar a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA a más tardar dentro de las veinticuatro horas siguientes al accidente o enfermedad.

La falta de notificación a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, se considerará al asegurado como responsable de los costos y gastos ocurridos.

d. Mitigación.

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

e. Cooperación con EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA

El asegurado, su representante o familiar, deberá cooperar con EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA los documentos necesarios para cumplir las formalidades necesarias.

j. Responsabilidad de la cobertura.

La Compañía por conducto de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA, asume el cumplimiento de las obligaciones asumidas respecto de los Servicios de Asistencia Médica.

EXCLUSIONES:

- 1. Con excepción de lo dispuesto en el punto a de la cláusula que antecede, el asegurado no tendrá derecho a pagos por parte de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA.**
- 2. Cuando por una acción intencional del asegurado o sus familiares se requiera de la asistencia.**
- 3. Cuando el asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a EL PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA atender debidamente el asunto.**
- 4. Cuando el asegurado no se identifique como tal.**
- 5. Cuando el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en el presente anexo.**
- 6. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b. Autolesiones o participación del asegurado en actos delictuosos intencionales.**
 - c. La participación del asegurado en combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d. La práctica del asegurado en deportes como profesional, así como su participación en competencias, competencias oficiales, exhibiciones, pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.**

e. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.

f. Enfermedades mentales o alienación.

g. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente

h. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

i. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

ENDOSO**SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL**

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL (prestador de servicios de Asistencia Legal contratado al efecto por la Compañía) otorgará al Asegurado, Beneficiarios, familiar o deudo que corresponda, los servicios de asistencia (en lo sucesivo los “SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL”) siguientes, de acuerdo al supuesto respectivo:

1.- ASISTENCIA LEGAL EN MUERTE ACCIDENTAL

En caso de MUERTE ACCIDENTAL del Asegurado, de alguno de sus hijos (menores de 25 años, solteros y sin ingresos propios) o de su cónyuge, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL dará la siguiente asesoría legal y representación para la realización de trámites administrativos relacionados con dicha MUERTE ACCIDENTAL:

1.1.- Trámite ante el Ministerio Público a fin de levantar el acta que proceda, y se inicien las investigaciones del caso.

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL sufragará todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse en la tramitación de estos procedimientos hasta la obtención de la copia certificada del acta levantada.

1.2.- Trámite ante el Servicio Médico Forense, en su caso, para la recuperación del cadáver.

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL sufragará todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse en esta instancia.

1.3.- Trámite para la obtención del certificado médico y acta de defunción, en su caso.

Todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse para la obtención de los documentos que se mencionan, serán sufragados única y exclusivamente por EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL, sin que los deudos del fallecido paguen cantidad alguna por estos conceptos.

1.4.- Trámite ante las autoridades competentes, para obtener los permisos de traslado del cadáver fuera de la localidad habitual de su residencia, siempre que los lugares de origen (lugar del fallecimiento) y destino (lugar de la inhumación o cremación) del traslado se encuentren dentro de la República Mexicana.

Lo anterior implica que EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL asumirá los costos por honorarios, gratificaciones y demás gastos en que los abogados de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL incurran para el trámite de las autorizaciones y permisos que se requieran para el traslado del cadáver, cuando el deceso ocurra en un lugar diferente al de su residencia habitual, siendo por cuenta del Asegurado, “BENEFICIARIO”, familiar o deudos, el pago de los costos inherentes a la transportación del cuerpo, incluyendo el pago de los desplazamientos que deban de hacer los familiares que legalmente sean requeridos en las diligencias o actuaciones pertinentes.

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

En la tramitación se procurará que los deudos reciban un trato ágil y considerado de parte de las autoridades, sin que esto implique que EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL se encuentre obligado a obtener preferencias fuera de procedimiento o notoriamente ilegales como por ejemplo la dispensa de autopsia, omisión de trámites obligatorios de acuerdo con la ley y sus reglamentos.

El abogado nombrado por EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL prestará la ASISTENCIA LEGAL EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL, siempre y cuando los familiares y/o beneficiarios lo designen como su abogado y/o representante para tales efectos.

2.- ASISTENCIA ADMINISTRATIVA EN TRÁMITES FUNERARIOS

En caso de fallecimiento (por muerte accidental o natural) del Asegurado, cualquiera de sus hijos (menores de 25 años, solteros y sin ingresos propios) o su cónyuge, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL asistirá a los deudos para la contratación de servicios funerarios, tales como sala de velación, ataúd, cementerio o urna de cremación, de acuerdo a las instrucciones que realicen dichos deudos. Este servicio incluye los honorarios del gestor que asista a los deudos, pero NO incluye el pago de los servicios contratados que serán siempre por cuenta de los mencionados deudos.

EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL podrá proporcionar a solicitud del deudo correspondiente, la información sobre las principales agencias funerarias, mausoleos, capillas y cementerios dentro de la República Mexicana.

Adicionalmente, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL proporcionará la gestoría para la obtención del certificado médico, acta de defunción, acta de nacimiento y clave única de registro de población, en su caso. Todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse para la obtención de los primeros 2 (dos) documentos que se mencionan, serán sufragados única y exclusivamente por EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL, sin que los deudos del fallecido paguen cantidad alguna por estos conceptos. Respecto de los últimos 2 (dos) documentos citados, los honorarios del gestor serán a cargo de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL y los derechos, gratificaciones y demás gastos serán a cargo de los deudos solicitantes del servicio.

3.- ATENCIÓN TELEFÓNICA

En caso de siniestro, sea invalidez, pérdida orgánica, muerte natural o muerte accidental, EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL proporcionará a los Beneficiarios el servicio de atención telefónica, para informar las direcciones y números telefónicos donde podrán acudir o llamar con relación al trámite de la reclamación del seguro, así como la documentación que inicialmente se debe presentar.

Asimismo proporcionará información sobre los trámites necesarios, en su caso de fallecimiento en el extranjero, para efectuar el traslado de cadáver, sin que éste servicio incluya la gestión correspondiente.

FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL

El abogado nombrado por EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL prestará la Asistencia Legal siempre y cuando los deudos lo designen como su abogado y/o representante para tales efectos.

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

Los SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL serán prestados las 24 horas del día, todos los días del año, dentro del territorio de la República Mexicana.

EXCLUYENTES DE RESPONSABILIDAD DE EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL

No existirá obligación de prestación de los SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL por causa de caso fortuito o fuerza mayor, tales como un estado de emergencia o desastre, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, piratería, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares o radioactividad.

INDEPENDENCIA

La prestación de los SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL no implicarán aceptación o conformidad alguna de la Compañía respecto de la procedencia de indemnizaciones por causa del siniestro ocurrido.

MODIFICACIONES

Las partes acuerdan que la descripción y contenido de los SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL realizada en términos de este anexo, se ajustarán, en su caso, a fin de atender cualquier señalamiento u observación que sobre las mismas hiciera la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en atención al registro del producto que realice al efecto la Compañía al que se incluyan los SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL.

La Compañía, por conducto de EL PRESTADOR DE ASISTENCIA LEGAL, asume el cumplimiento de las obligaciones asumidas respecto de los SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL.

CLÁUSULA CONTRACTUAL. (Circular S-25.5)

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

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

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

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

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

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

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

HSBC Vida S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0085-0283-2008 de fecha 12 de Junio de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.