

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

“Seguro de Accidentes Personales Colectivo”

FECHA

09/04/2012

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

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

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

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

INDICE

1. OBJETO.....	3
2. DEFINICIONES.....	3
3.1 Cobertura de Muerte Accidental.....	5
3.2 Cobertura de Pérdidas Orgánicas.....	5
3.3 Cobertura de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.....	5
3.4 Cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial.....	6
3.5 Cobertura de Accidentes Personales a Corto Plazo.....	6
4. EXCLUSIONES.....	6
5. CLÁUSULA GENERALES.....	7
5.1 Contrato.....	7
5.2 Vigencia.....	7
5.3 Primas.....	7
5.4 Pago de primas.....	7
5.5 Prescripción.....	8
5.6 Cambio de Contratante.....	8
5.7 Designación y cambio de Beneficiarios.....	8
5.8 Sistema de Administración Simplificado.....	8
5.9 Altas.....	9
5.10 Bajas.....	9
5.11 Edad.....	9
5.12 Límites de edad.....	10
5.13 Ajuste a la Suma Asegurada.....	10
5.14 Modificaciones.....	10
5.15 Notificaciones.....	10
5.16 Competencia.....	11
5.17 Carencia de Restricciones.....	11
5.18 Moneda.....	11
5.19 Cancelación.....	11
5.20 Rehabilitación.....	12
5.21 Renovación.....	12
5.22 Siniestros.....	12
5.23 Pago del Seguro.....	13
5.24 Pruebas.....	13
5.25 Ocupación.....	13
5.26 Interés Moratorio.....	14
5.27 Informe (Disposición 4.5.2. de la Circular Única de Seguros y de Fianzas).....	14
5.28 Cláusula Contractual (Capítulo 4.11 de la Circular Única de Seguros y de Fianzas).....	14
6. SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	15
6.1 Servicio de Asistencia en el Hogar.....	15
6.2 Servicio de Asistencia Vial.....	16
6.3 Servicio de Asistencia Médica.....	17
7. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTICULOS MENCIONADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES.....	18
8. REGISTRO.....	21

1. OBJETO.

Mediante el Seguro de Accidentes Personales Colectivo, la Compañía se obliga, a través del pago de una prima, a resarcir los daños o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el presente contrato, conforme a los límites máximos de responsabilidad que al efecto se señalen en el Certificado Individual.

2. DEFINICIONES.

Para efectos de este Contrato se entiende en singular y plural por:

- ▶ **Accidente:** Aquel acontecimiento surgido durante la vigencia de la póliza, que proveniente de una causa externa, súbita, y fortuita, que cause el fallecimiento o lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte causada intencionalmente por el Asegurado.
- ▶ **Asegurado:** Individuos que forman parte de la Colectividad Asegurada y que reúnen los requisitos para ser asegurados al amparo de este Contrato y se encuentra en el registro de Asegurados del Seguro de Accidentes Personales Colectivo.
- ▶ **Beneficiario:** Persona física a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato. Es Beneficiario el que designe el Asegurado en el Certificado Individual o con posterioridad. Para las coberturas de Pérdidas Orgánicas, de Invalidez Total y Permanente, Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial a causa de Accidente y Servicios de Asistencia, el Beneficiario podrá ser el mismo Asegurado siempre y cuando tenga las facultades físicas para realizar el aviso de siniestro y presentar las pruebas de acuerdo a lo estipulado en el presente documento, en caso contrario, el Beneficiario corresponderá al que se indica líneas arriba en la presente definición.
- ▶ **Compañía:** HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- ▶ **Contratante:** La persona moral o física que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro.
- ▶ **Colectividad Asegurada:** Grupo de individuos sobre los que se hace la oferta del seguro, que mantienen un vínculo o interés común, previo e independiente a la celebración del contrato y cuyas características se establecen en la carátula de la póliza.
- ▶ **Invalidez Total y Parcial:** La Compañía conviene en pagar al Asegurado la Suma Asegurada contratada para dicha cobertura en una sola exhibición, si queda invalidado total y permanentemente a causa de un accidente, siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua por un lapso no menor al periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza, o en su defecto de 6 meses contado a partir de la fecha en que fue determinada y se cumplan las condiciones establecidas en el Contrato.

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

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

Para poder decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que la enfermedad, padecimiento o pérdida no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos y avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro o que de existir dicha posibilidad de cura, los avances mencionados no sean accesibles al asegurado por tiempo o costo.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, dictamen avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente. La Compañía para determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, deberá apoyarse en un dictamen avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y en la documentación recibida, mismos que en caso de controversia, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

- a. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos.
- b. La pérdida de ambas manos o de ambos pies.
- c. La pérdida de una mano y un pie.
- d. La pérdida de una mano y la vista de un ojo.
- e. La pérdida de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se aplicará el período de espera.

- ▶ **Médico:** Profesionista legalmente autorizado para ejercer la profesión de médico en los Estados Unidos Mexicanos, con título y cédula profesional expedidos o validados por autoridad competente, que no sea familiar del Asegurado.
- ▶ **Pérdida Orgánica:** Se entenderá como:
 - a. Pérdida de una mano, su separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella, o su anquilosamiento total.
 - b. Pérdida de un pie, su separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento total.
 - c. Pérdida de los dedos, la separación completa de dos falanges de la misma mano, cuando menos o su anquilosamiento total.
 - d. En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

3. COBERTURAS.

3.1 Cobertura de Muerte Accidental.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y en el Certificado Individual como amparada, la Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios designados, si ocurre el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El accidente ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y Certificado Individual.
- b. El fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del accidente.

3.2 Cobertura de Pérdidas Orgánicas.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de Póliza y en el Certificado Individual como amparada, la compañía pagara la Suma Asegurada, si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjere cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de suma asegurada.

Tabla de Indemnizaciones

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

3.3 Cobertura de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de Póliza y en el Certificado Individual como amparada, la Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios designados, si ocurre el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El accidente ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y Certificado Individual.
- b. El fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente.

La Suma Asegurada de esta cobertura no excederá los \$20,000.00 M.N.

3.4 Cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de Póliza y Certificado Individual como amparada, la compañía pagará la Suma Asegurada, si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días naturales contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital o en su domicilio, la Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria contratada para esta cobertura, por un período que no excederá de 1460 días naturales.

Si dentro de los 10 días naturales de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa e independientemente de cualquier otra causa una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará, durante el período de la incapacidad, el 40% de la indemnización contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de 182 días naturales consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad, total o parcial, cubierta según se establece en los dos párrafos anteriores, y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o cualesquiera de las pérdidas orgánicas amparadas en este contrato, la Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

3.5 Cobertura de Accidentes Personales a Corto Plazo.

Las coberturas anteriormente descritas podrán ofrecerse por plazos menores a 12 meses.

4. EXCLUSIONES.

El presente Contrato no cubre:

- a. Accidentes por participación directa del Asegurado en:**
 - Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - Actos delictivos de carácter intencional en los que participe directamente el Asegurado.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, rafting, 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, como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial autorizada para la transportación regular de pasajeros.**
- c. Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**

- d. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- e. Muerte o lesiones provocadas por culpa grave del Asegurado. Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado, la ocurrencia del siniestro cuando sea a consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.
- f. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- g. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- h. Pérdidas orgánicas, invalidez total y permanente o fallecimiento que se manifiesten 90 días después de ocurrido el Accidente.
- i. Radiaciones atómicas.
- j. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
- k. Hernias y eventraciones.
- l. Abortos, cualquiera que sea su causa

5. CLÁUSULA GENERALES.

5.1 Contrato.

Esta póliza integrada por su carátula, sus condiciones generales, la solicitud del seguro, los certificados individuales, el(los) Registro(s) de Asegurados, así como, los recibos que se emitan y los endosos que se agreguen registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

5.2 Vigencia.

Este contrato iniciará y terminará su vigencia a las 12:00 horas de las fechas estipuladas en la carátula de la Póliza.

5.3 Primas.

La cuota de esta póliza será igual a la que se estipula en la carátula de la Póliza. La prima será la que resulte de aplicar la cuota a la Suma Asegurada expuesta.

5.4 Pago de primas.

Todas las primas vencen al inicio de cada periodo pactado, salvo convenio en contrario. La prima convenida será pagada en su totalidad por el Contratante.

A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de 30 (días) días naturales para efectuar el pago correspondiente. Transcurrido ese plazo, si el pago no ha sido efectuado, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

Cuando así se pacte, el pago de la prima o de la fracción correspondiente se podrá hacer con cargo a la cuenta de cheques o a la tarjeta de crédito del Contratante o del Asegurado, siempre y cuando exista saldo o crédito disponibles en la cuenta señalada, en cuyo caso el asiento de cargo en el estado de cuenta correspondiente, hará las veces del recibo expedido por la Compañía.

Los Asegurados podrán contribuir al pago de la prima a través del Contratante.

5.5 Prescripción.

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

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

5.6 Cambio de Contratante.

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

5.7 Designación y cambio de Beneficiarios.

El Asegurado tendrá en todo momento el derecho de designar beneficiarios y cambiar tal designación, sin más limitantes que las establecidas en este contrato y en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

5.8 Sistema de Administración Simplificado.

El Contratante deberá remitir información periódica a la Aseguradora respecto de lo siguiente:

- I. El ingreso a la Colectividad de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento, así como en el caso de que el objeto del contrato de Seguro sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante, se deberá contener dicha información en la solicitud.
- II. La separación definitiva de Integrantes de la Colectividad asegurada.
- III. Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y
- IV. Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

De acuerdo al sistema de administración simplificado se tendrán las siguientes consideraciones:

- a. **Reporte de movimientos:** El Contratante debe reportar los movimientos de alta, baja y aumento o disminución de beneficios y/o coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio en contrario.
- b. **Registro de asegurados:** Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un Registro de Asegurados en términos de la normatividad vigente. A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

5.9 Altas.

La cobertura se iniciará desde el momento en que el Asegurado sea incorporado a la Colectividad Asegurada y cumpla los requisitos al efecto establecidos.

Las personas que ingresen la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los (30) treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los (30) treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

5.10 Bajas.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá al Contratante la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Por su parte el Contratante devolverá al Asegurado la fracción de la prima que corresponda.

En caso de que se haya contratado la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado que se invalide total y permanentemente causará baja en el momento en que reciba los beneficios de la cobertura correspondiente, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá al Contratante la parte de la prima neta no devengada de las coberturas no afectada a dichos Integrantes calculada en días exactos. Por su parte el Contratante devolverá al Asegurado la fracción de la prima que corresponda.

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

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

5.12 Límites de edad.

Los límites de edad para la admisión de Asegurados a la Colectividad Asegurada son, salvo indicación en contrario en la carátula de la Póliza:

- a. 18 años como mínimo y 69 años como máximo para la cobertura de Muerte Accidental, Gastos Funerarios por Muerte Accidental, Accidentes Personales a Corto Plazo y Pérdidas Orgánicas.
- b. 18 años como mínimo y 59 años como máximo para las coberturas de Invalidez Total y Permanente.

5.13 Ajuste a la Suma Asegurada.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en determinado Certificado Individual no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado Individual de Seguro.

5.14 Modificaciones.

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito en endosos previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía.

El conducto 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 (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, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

5.15 Notificaciones.

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito en las oficinas principales de ésta ubicadas 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. Los cambios de domicilio de la Compañía podrán comunicarse al Asegurado mediante comunicación general a la clientela publicada en 2 (dos) periódicos de circulación nacional.

5.16 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.

5.17 Carencia de Restricciones.

Este contrato no se afectará por razones de residencia, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la fecha de su incorporación a la Colectividad Asegurada.

5.18 Moneda.

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a la Ley Monetaria Vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

5.19 Cancelación.

La presente póliza se cancelará:

- a. **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.
- b. **Automática:** La póliza quedará automáticamente cancelada:
 - i. Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
 - ii. 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.
 - iii. Cuando se establezca otra causa de cancelación para cada cobertura o endoso en particular, en términos de este contrato.
- c. **Por límite máximo de Admisión por Suma Asegurada:** La Institución se reserva el derecho de admisión, por exceder el cúmulo de Suma Asegurada.- Si el Asegurado celebra varios Contratos de seguro de vida individual con la Institución, correspondientes a este u otros productos, deberá considerar que las sumas aseguradas contratadas de todos los seguros contratados, respecto de la cobertura básica, en suma no superen el Límite Máximo por Asegurado.

En caso de que por cualquier causa la sumatoria de sumas aseguradas referidas resultare superior al Límite Máximo por Asegurado, la Institución podrá reservarse el derecho de admisión el o los Contratos de seguro más recientes, hasta que la totalidad de sumas aseguradas de los Contratos que queden vigentes sea igual o inferior al Límite Máximo por Asegurado, el monto de prima que resulte por dichas cancelaciones, será devuelto a la

misma cuenta de la que se realizaron los cargos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles. En este evento no procederá pago de indemnización por siniestro respecto de los Contratos cancelados y el Asegurado o Beneficiario(s) sólo tendrán derecho al reembolso de las primas que se hubieran pagado respecto de los seguros que se cancelen.

5.20 Rehabilitación.

Si este seguro hubiere cesado por falta de pago de la prima, podrá ser rehabilitado mediante los siguientes requisitos:

- a. Que el Contratante lo solicite por escrito a la Compañía dentro de los dos meses siguientes a la fecha en que el Contrato hubiere cesado sus efectos por falta de pago de primas.
- b. Que pague a la Compañía la prima correspondiente al periodo de gracia.
- c. Que la Compañía acepte otorgar la rehabilitación, lo cual hará constar por escrito, especificando la fecha a partir de la cual se reanudarán los efectos de este seguro.

5.21 Renovación.

La Compañía podrá renovar el Contrato, mediante endosos a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratado, salvo que la Compañía o el contratante comuniquen por escrito su voluntad de no renovar, lo cual deberán hacerlo con un mínimo de 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

5.22 Siniestros.

El reclamante deberá presentar a la Compañía, todas las pruebas del hecho que genera la obligación derivada del seguro y del derecho de quienes solicitan el pago.

Al presentarse alguna reclamación de seguro, la Compañía tendrá el derecho de verificar todos los hechos relacionados con el siniestro y de solicitar al Contratante, Asegurado, causahabiente o beneficiarios toda clase de información referente al siniestro a fin de determinar sus causas, circunstancias y consecuencias.

Al efecto, el Contratante, el Asegurado causahabiente y sus beneficiarios autorizan expresamente a los médicos tratantes, a las clínicas, hospitales e instituciones públicas o privadas de salud, personas físicas o morales a proporcionar a la Compañía toda la información y documentos que tengan relación con el evento que se reclame o con el Asegurado.

Si la reclamación está relacionada con las coberturas de Invalidez Temporal Total o Invalidez Total y Permanente, la Compañía además tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado.

La Compañía 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, del Asegurado, causahabientes o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

La comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente a la Compañía, será por cuenta del Asegurado.

5.23 Pago del Seguro.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado o a quien éste haya designado, excepto las sumas aseguradas por muerte accidental que se pagarán a los beneficiarios designados por él mismo.

Los límites establecidos en esta póliza para el pago de los beneficios asegurados, se aplicarán por cada accidente, siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí, excepto como queda estipulado en el agregado de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas.

Cuando se trate de un mismo accidente, recaídas o complicaciones por la misma causa o por otra que con ésta se relacione, la obligación de la Compañía no excederá de las cantidades máximas que resulte de la aplicación de las reglas fijadas en los agregados de esta póliza.

5.24 Pruebas.

El reclamante presentará a la Compañía, a su costa, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

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

La comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente a la Compañía, será por cuenta del Asegurado.

5.25 Ocupación.

El Contratante, inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados, deberá avisarlo por escrito a la Compañía para que ésta proceda a los ajustes y modificaciones correspondientes.

Si dentro de la vigencia de esta póliza el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa registrada como más peligrosa que la estipulada en la presente póliza y posteriormente al cambio de ocupación sufra lesiones mientras esté realizando alguna actividad inherente a tal ocupación, la Compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la presente póliza, que se hubiere podido comprobar con la prima que se pagó al tipo y dentro de los límites fijados para tal ocupación mas peligrosa.

Si el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa como no asegurable, el seguro quedará rescindido de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación. La Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagado durante el último año de vigencia de la póliza.

5.26 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 Asegurado o el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con el pago de la indemnización que corresponda al hacerse exigible legalmente, en términos de la legislación vigente, pagará al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

5.27 Informe (Disposición 4.5.2. de la Circular Única de Seguros y de Fianzas).

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

5.28 Cláusula Contractual (Capítulo 4.11 de la Circular Única de Seguros y de Fianzas).

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

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1,dejará constancia de que usó 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 0155 57213322, donde le indicarán la forma de obtener la documentación de su seguro contratado.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado 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 0155 57213322, 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.

6. SERVICIOS DE ASISTENCIA.

6.1 Servicio de Asistencia en el Hogar.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza como amparada, la Compañía contratará y mantendrá un programa de asistencia en el hogar con un Prestador de Servicios a fin de que la compañía, a través de un Prestador de Servicios, proporcione al asegurado los Servicios de Asistencia en el Hogar en términos de este numeral.

El Asegurado tendrá derecho, durante la vigencia de la póliza, a 1 (un) Servicio de Asistencia en el Hogar por especialidad al año.

Los Servicios de Asistencia en el hogar consistirán en el pago del traslado de un técnico del prestador de servicios al inmueble del asegurado y la asunción del costo de mano de obra y materiales, siempre que dicho traslado y costos no rebase el costo pactado con el prestador de servicios por evento.

Los Servicios de Asistencia en el hogar serán proporcionados respecto del inmueble del asegurado, que será el inmueble registrado en el registro de asegurados como domicilio del asegurado.

Los Servicios de Asistencia en el Hogar se prestarán cuando con motivo de una descompostura o avería del Inmueble del Asegurado, estén en grave peligro los bienes contenidos o las personas que lo habiten.

El Asegurado podrá solicitar los Servicios de Asistencia en el Hogar las 24 horas de los 365 días del año.

Si el costo de la reparación excediera esta cantidad, el técnico del Prestador de Servicios presentará un presupuesto con la cantidad excedente a cargo del Asegurado. Dicho presupuesto deberá someterse a la autorización del Asegurado y el Prestador de Servicios. El trabajo se llevará a cabo solamente si el Asegurado autoriza expresamente pagar ese excedente, quedando comprometido al efecto. También se podrá hacer la reparación hasta la cantidad límite máxima por evento, en tanto no implique agravar la situación.

Los Servicios de Asistencia en el Hogar incluyen las siguientes especialidades:

- a. **Plomería.** Servicios de plomería para reparación de tuberías fijas rotas o con fugas que ocasionen daños a los bienes del Asegurado o a los de un tercero, así como destape de lavabos, fregaderos y tarjas.
- b. **Electricidad.** Servicios para establecimiento del suministro de energía eléctrica cuando no haya corriente en alguna o en todas las fases de la instalación del Inmueble del Asegurado, siempre que el origen de la falla se localice en el interior del mismo y no corresponda a problemas responsabilidad de la compañía que suministre la energía eléctrica.
- c. **Cerrajería.** Servicios de cerrajería para apertura de cerradura exterior del Inmueble del Asegurado y hacer un duplicado de la llave, en caso de robo o pérdida de llaves o cuando la cerradura haya quedado inservible por descompostura, accidente o intento de robo; o una puerta interior del Inmueble del Asegurado si hubiera una persona atrapada en el interior de la habitación. Se excluye la apertura de cerraduras eléctricas o controladas con sistemas electrónicos o de seguridad.

- d. **Vidriería.** Instalación de vidrios rotos en puertas o ventanas que formen parte de fachadas de áreas externas del Inmueble del Asegurado.

Adicionalmente, el Servicio de Asistencia en el Hogar podrá consistir en el servicio de asesoría legal del Prestador de Servicios a través de un profesional en Derecho, para la presentación de denuncia ante las autoridades investigadoras, en caso de asalto o robo en el Inmueble del Asegurado.

La Compañía, por conducto del Prestador de Servicios, asume el cumplimiento de las obligaciones adquiridas respecto de los Servicios de Asistencia en el Hogar.

6.2 Servicio de Asistencia Vial.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza como amparada, la Compañía contratará y mantendrá un programa de asistencia vial con un Prestador de Servicios a fin de que la Compañía, a través de dicho Prestador de Servicios, proporcione al Asegurado los Servicios de Asistencia Vial en términos de este numeral.

El Asegurado tendrá derecho, durante la vigencia de la póliza, a 1 (un) Servicio de Asistencia Vial al año.

Los Servicios de Asistencia Vial serán proporcionados respecto de automóvil del asegurado.

Para efectos del Servicio de Asistencia Vial, se entenderá por:

- a. **AUTOMÓVIL DEL ASEGURADO:** Automóvil propiedad del Asegurado de antigüedad no mayor 15 años, con placas de uso particular, con capacidad de carga de hasta 1.5 toneladas, incluyendo camionetas conocidas como pick-up, siempre y cuando sean de uso familiar y no se destinen a carga.
- b. **AVERÍA:** Descompostura o falla de funcionamiento del vehículo automotor que le impide circular de forma autónoma, sin que hayan intervenido factores externos, intencionales o accidentales.
- c. **TALLER AUTOMOTRIZ:** Taller de servicio automotriz autorizado por alguna de las marcas de automóviles establecidas en la República Mexicana.

Los Servicios de Asistencia Vial objeto de este numeral consistirán en:

- a. **AUXILIO VIAL /KM "0":** Servicios de auxilio vial a solicitud del Asegurado o del conductor del automóvil del asegurado a prestarse en los estados unidos mexicanos, que podrán ser:
 - i. Servicio de Grúa, para traslado del automóvil del asegurado a taller automotriz ubicado en la misma localidad o el más cercano a la misma, debiendo el Asegurado acompañar al personal del Prestador de Servicios al efecto.
 - ii. Gasolina.
 - iii. Cambio de llanta.
 - iv. Paso de corriente.
- b. **ASISTENCIA EN VIAJES KM 100:** Servicios de auxilio vial a solicitud del Asegurado o del conductor del automóvil del asegurado a prestarse por el Prestador de Servicios en los

Estados Unidos Mexicanos pero siempre a más de 100 kilómetros de distancia del domicilio del Asegurado registrado en el registro de asegurados, consistente en:

- i. Asistencia económica de pago de estancia en un hotel escogido por los ocupantes del vehículo, hasta por la cantidad que se tenga pactada con el Prestador de Servicios, monto que se hará del conocimiento del asegurado al momento de ocurrir el siniestro; o
- ii. Asistencia económica de pago del costo por renta de un automóvil por 1 (un) día, para que el Asegurado o conductor pueda trasladarse al destino previsto. El vehículo a rentar será determinado por el Prestador de Servicios, considerando las capacidades de carga del automóvil del asegurado.

Adicionalmente, en caso de robo o accidente de automóvil del asegurado y después de levantar la denuncia ante las autoridades correspondientes, el prestador de servicios pagará el traslado de los ocupantes al destino previsto, informado por el Asegurado o Conductor.

La Compañía, por conducto del Prestador de Servicios, asume el cumplimiento de las obligaciones adquiridas respecto de los Servicios de Asistencia Vial.

6.3 Servicio de Asistencia Médica.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza como amparada, la Compañía contratará y mantendrá un programa de asistencia médica con un Prestador de Servicios a fin de que la Compañía, a través de dicho Prestador de Servicios proporcione al Asegurado los Servicio de Asistencia Médica en términos de este numeral.

Los Servicios de Asistencia Médica serán proporcionados al beneficiario del servicio de asistencia, que será el propio Asegurado así como su cónyuge e hijos menores de 21 años que vivan en el mismo domicilio.

Los Servicio de Asistencia Médica serán proporcionados en los Estados Unidos Mexicanos.

El Asegurado podrá solicitar los Servicio de Asistencia Médica las 24 horas de los 365 días del año.

Los Servicio de Asistencia Médica consistirán en alguna de las siguientes opciones:

- a. Coordinación de urgencias médicas.- Asistencia de contacto y coordinación en situación de urgencia, enviando ambulancia designada por el Prestador de Servicios para proporcionar primeros auxilios y trasladar al beneficiario del servicio de asistencia a un centro de salud de la misma localidad; contactando en su caso a los centros de salud y médicos para atención de la emergencia; dando aviso y enlazando llamadas hacia familiares de la persona en contacto, así como dando seguimiento posterior. Esta opción de servicio sólo operará en casos de necesidad urgente de atención médica y se dará hasta 2 (dos) veces al año sin costo para el beneficiario del servicio de asistencia respecto del costo de la ambulancia y las actividades de coordinación y enlace, sin incluir en caso alguno los honorarios y gastos hospitalarios o médicos.
- b. Consulta domiciliaria de urgencia.- Asistencia en referencia y coordinación de cita con médico general designado por Prestador de Servicios, para atender consulta médica urgente del beneficiario del servicio de asistencia en su domicilio. esta opción operará en casos de urgencia hasta 3 (tres) veces al año sin costo por los honorarios médicos, en

localidades donde exista sucursal de HSBC México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC.

La asistencia en esta opción incluirá, en su caso, 1 (una) vez al año, los gastos por estudios de laboratorio y gabinete por hasta la cantidad pactada con el prestador de servicio, monto que se hará del conocimiento del asegurado al momento del siniestro. La asunción de los gastos de laboratorio y gabinete sólo operará cuando el laboratorio o gabinete sea designado por el Prestador de Servicios y la autorización de los estudios haya sido otorgada por el médico de la red del Prestador de Servicios que hubiera atendido la consulta médica de urgencia.

- c. Coordinación de Citas Médicas y dentales.- Asistencia en referencia de médicos generales y especialistas, así como dentistas incorporados a la red del Prestador de Servicios, por especialidad y ubicación y coordinación de citas para consultas. El costo de las consultas será a cargo del beneficiario del servicio de asistencia quien tendrá derecho a descuentos y tarifas preferenciales otorgadas a la compañía por el prestador de servicios.
- d. Acceso a Red de Descuentos.- Acceso a descuentos del 5% al 50% por parte de hospitales, laboratorios, gabinetes, ópticas, tratamientos dentales, servicios de enfermeras, servicios de rehabilitación y demás proveedores incorporados a la Red de Descuentos del Prestador de Servicios, así como acceso a paquetes de servicios a precio preferencial.

La Compañía, por conducto del Prestador de Servicios, asume el cumplimiento de las obligaciones adquiridas respecto de los Servicios de Asistencia Médica.

7. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTICULOS MENCIONADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 81 Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82 El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día

en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 276.

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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.

8. 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 09 de abril de 2012, con el número CNSF-S0077-0136-2012.

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

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Avenida Paseo de la Reforma No. 347 Oficina 5 Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc, C.P.:06500, México, D.F. Teléfono de atención: 5721-5661, Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas (horario de la Ciudad de México). Correo electrónico: mexico_une@hsbc.com.mx.

CONDUSEF: Insurgentes Sur No. 762. Col. Del Valle, Del. Benito Juárez. C.P. 03100, México, D.F. Teléfono (55) 5340 – 0999 y (01 800) 999 8080 o visite la página de internet www.condusef.gob.mx Correo electrónico de atención: asesoria@condusef.gob.mx.