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

“Seguro para Apoyo por Hospitalización HSBC”

15 de noviembre 2024

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 (treinta) 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.

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

El presente es un producto paquete en el que la cobertura por hospitalización se encuentra registrada en la operación de gastos médicos y la cobertura de apoyo por gastos funerarios se encuentra registrada en la operación de vida.

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

INDICE

I. DEFINICIONES. 3
II. OBJETO. 5
III. COBERTURA BÁSICA: COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN. 5
IV. COBERTURA OPCIONAL: APOYO POR GASTOS FUNERARIOS. 6
V. EXCLUSIONES. 7
VI. SERVICIOS DE ASISTENCIA. 9
1. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE. 9
2. REFERENCIAS MÉDICAS. 9
3. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA. 10
VII. CLÁUSULAS GENERALES. 10
1. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO. 10
2. EDAD. 10
3. AVISO DE SINIESTRO. 11
4. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO. 12
5. BENEFICIARIOS. 13
6. PRIMAS. 14
7. PERIODO DE GRACIA. 15
8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. 15
9. CANCELACIÓN DE LAS COBERTURAS. 15
10. REHABILITACIÓN. 16
11. RENOVACIÓN. 16
12. MONEDA. 16
13. COMPETENCIA. 16
14. COMUNICACIÓN. 17
15. PRESCRIPCIÓN. 17
16. INDEMNIZACIÓN POR MORA. 18
17. INFORMES. 18
18. PAGO DE SUMA ASEGURADA. 18
19. CLÁUSULA FISCAL. 18
20. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL. 18
21. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. 19
22. AGRAVACIÓN DEL RIESGO. 20
23.FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS. 22
VIII. TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS APLICABLES. 23
IX. DOMICILIOS UNE Y CONDUSEF. 33
X. LEYENDA DE REGISTRO. 33

I. DEFINICIONES.

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

Accidente: Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará Accidente las lesiones corporales o el fallecimiento provocadas intencionalmente por el Asegurado y/o Miembro Asegurado.

Año Póliza: Es el período de 12 (doce) meses contados a partir del inicio de Vigencia del Contrato de Seguro y de cada aniversario del mismo.

Asegurado: Es la persona que se encuentra expuesta a cualquier riesgo amparado por la Póliza.

Beneficiario: Es la persona física a quien le corresponde el derecho de cobro del Siniestro que en su caso proceda en términos de este Contrato de Seguro.

Contratante: Es la persona física que celebra el Contrato de Seguro con la Institución y que se encuentra obligada al pago de la Prima.

Contrato de Seguro o Póliza: Es el acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante que se compone de la solicitud del seguro, la carátula, las condiciones generales, Endosos, así como las cláusulas adicionales que se agreguen.

Culpa Grave: Es la atribuible al Asegurado y/o Miembro Asegurado, quien estando en posibilidad de realizar los actos mínimos y elementales a efecto de evitar que el Siniestro suceda, no los realice.

Embarazo: Es el proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino que termina con el nacimiento a través de la atención de parto y/o cesárea.

Endoso: Es el documento emitido por la Institución, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte de las condiciones establecidas en el Contrato de Seguro, mediante acuerdo entre las partes.

Enfermedad: Es toda alteración de la salud, diagnosticada por un médico con cédula profesional, que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

Enfermedad Geriátrica: Es toda alteración de la salud, asociada a la oxidación celular y envejecimiento de las personas y que da como resultado alteraciones funcionales y mentales que condicionan fragilidad en personas con 60 (sesenta) años o más de edad.

Enfermedad Preexistente: Es toda alteración de la salud que se padece con anterioridad a la fecha de la solicitud del Contrato de Seguro, siempre y cuando se tenga conocimiento de dicha Enfermedad.

Enfermedad Psicológica: Es toda alteración de la salud que tiene un origen cognitivo, afectivo y conductual y que ocasiona patologías emocionales, mentales o sociales o problemas de aprendizaje.

Enfermedad Psiquiátrica: Es toda alteración de la salud con origen biológico o social que impacta el sentimiento, pensamiento, estado de ánimo y comportamiento del individuo y que puede afectar su capacidad de distinguir la realidad, su capacidad para relacionarse con los demás o su funcionalidad en su día a día.

Hospitalización: Es la estadía del Asegurado en un hospital, ya sea por un tratamiento, intervención quirúrgica u observación médicamente necesaria derivado de algún Accidente, Enfermedad, lesión corporal, cirugía programada o Embarazo cubierto por la Póliza.

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

Miembro Asegurado: Es la (el) esposa(o) o concubina(rio) del Asegurado y sus hijos, que se encuentren incluidos en la carátula de la Póliza.

Operaciones Electrónicas: Son el conjunto de operaciones y servicios que la Institución realiza con sus clientes a través de medios electrónicos.

Padecimiento Congénito Preexistente: Es el padecimiento que se presenta con anterioridad a la fecha de la solicitud del Contrato de Seguro, siempre y cuando se tenga conocimiento del mismo y que surge a partir de la concepción o desarrollo del embrión ocasionado por defectos genéticos o por agentes externos químicos o ambientales provocando malformaciones visibles o no visibles con manifestaciones estructurales (órganos o tejidos), de conducta, funcional o metabólica y que puede presentarse en cualquier etapa de la vida.

Periodo de Espera: Es el tiempo que debe transcurrir desde el inicio de vigencia de la Póliza y hasta la fecha a partir de la cual inician las obligaciones a cargo de la Institución.

Plazo Contratado: Es el tiempo que transcurre en años desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y hasta la fecha final de vigencia de la misma, indicado en la carátula de la Póliza.

Práctica Amateur: Es la actividad deportiva que se realiza sin que el deportista reciba una remuneración económica por practicar o competir en una o varias disciplinas.

Práctica Ocasional: Es la actividad deportiva que promueve, fomenta y estimula la participación en actividades con finalidades recreativas, educativas y de salud o rehabilitación.

Práctica Profesional: Es la actividad deportiva en la que el deportista practica y compite en una o varias disciplinas y se sujeta a una relación de trabajo, obteniendo una remuneración económica por su práctica.

Prestador: Es la persona física o moral con la cual la Institución celebra un contrato para que otorgue los servicios de asistencia.

Prima: Es la contraprestación que ha de cubrir el Contratante a la Institución con motivo de la cobertura de riesgo.

Reclamante: Es la persona que realiza el trámite de reclamación por Siniestro ante la Institución.

Siniestro: Es la ocurrencia del riesgo amparado bajo los términos y condiciones pactados en el Contrato de Seguro y cuya materialización genera la obligación de pagar la Suma Asegurada al Asegurado, Miembro Asegurado o Beneficiario.

Suma Asegurada: Es el valor indicado en la carátula de la Póliza o último Endoso correspondiente, para cada cobertura contratada.

Urgencia Médica: Es una Enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Vigencia del Contrato de Seguro: Es el tiempo durante el cual el Contrato de Seguro está en vigor y el Asegurado y/o Miembro Asegurado se encuentra cubierto de acuerdo a las fechas indicadas en la carátula de la Póliza, sujeto al Periodo de Espera aplicable.

II. OBJETO.

Este seguro tiene por objeto que la Institución realice el pago de la Suma Asegurada vigente al Asegurado y/o Miembro Asegurado en caso de ocurrir la Hospitalización y/o al Beneficiario en caso de fallecimiento en el transcurso de la Hospitalización o 30 (treinta) días naturales posteriores al alta hospitalaria.

III. COBERTURA BÁSICA: COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN.

En caso de Hospitalización del Asegurado y/o Miembro Asegurado en México durante la Vigencia del Contrato de Seguro, la Institución pagará al Asegurado y/o Miembro Asegurado hospitalizado la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza conforme a lo siguiente:

a) **Accidente.** No aplica Periodo de Espera, ni tiempo mínimo de permanencia en el hospital;

b) **Enfermedad.** Se requiere un tiempo mínimo de permanencia médicamente justificada de 24 (veinticuatro) horas ininterrumpidas en el hospital. Aplica el Periodo de Espera indicado en la carátula de la Póliza, periodo que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones;

c) **Urgencia Médica.** No aplica Periodo de Espera, ni tiempo mínimo de permanencia en el hospital;

d) **Embarazo.** Para fines de la cobertura, se considerará la atención del Embarazo, las complicaciones que se originen con motivo del mismo, así como su interrupción prematura de forma natural o voluntaria. Aplica el Periodo de Espera indicado en la carátula de la Póliza, periodo que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

En caso de Hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, separadas por intervalos menores a un año, cada periodo de Hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar los días máximos de Hospitalización indicados en la carátula de la Póliza.

Si el Asegurado y/o Miembro Asegurado es hospitalizado en terapia intensiva, la Institución pagará el doble de la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza.

Cuando la Institución acepte una solicitud de Endoso para incrementar la Suma Asegurada deberá transcurrir el Período de Espera que en su caso aplique para que dicho incremento sea exigible a la Institución.

Cuando la Institución acepte una solicitud de Endoso para una nueva cobertura o un nuevo Miembro Asegurado, se deberá cumplir con el Periodo de Espera de acuerdo al riesgo de Hospitalización, en el entendido de que la Institución cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha aplicable a la solicitud del Endoso de que se trate.

En caso de que el Miembro Asegurado sea menor de edad, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado.

IV. COBERTURA BÁSICA OPCIONAL: APOYO POR GASTOS FUNERARIOS.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado y/o Miembro Asegurado en México, durante la Hospitalización o dentro de los 30 (treinta) días posteriores a esta y durante la Vigencia del Contrato de Seguro, la Institución pagará al Beneficiario la Suma Asegurada para Apoyo por Gastos Funerarios indicada en la carátula de la Póliza.

La cobertura de Apoyo por Gastos Funerarios se encuentra registrada en la operación de vida y es una indemnización solo por fallecimiento, sin estar condicionada al uso exclusivo de gastos funerarios.

V. EXCLUSIONES.

Este Contrato de Seguro no cubre la Hospitalización y Apoyo por Gastos Funerarios del Asegurado y/o Miembro Asegurado originados por:

a) Enfermedad que resulte o se relacione directa o indirectamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);

b) Cualquier vuelo en aviones que no sean operados regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, siempre y cuando viajare como pasajero;

c) Culpa Grave;

d) Padecimiento Congénito Preexistente;

e) Cualquier tratamiento dental (incluyendo cirugía dental) y extracción de dientes y/o muelas;

f) Cualquier tratamiento concerniente a diálisis o hemodiálisis renal siempre que sea la causa principal de Hospitalización;

g) Consumo o dependencia de drogas, incluyendo tratamiento de cualquier condición médica que, en opinión del médico de la Institución, es considerado ser una causa subyacente o directamente atribuible a abuso de drogas;

h) Accidentes ocurridos a consecuencia de conducir un vehículo con cualquier nivel de alcohol en la sangre u orina;

i) Cualquier Enfermedad Geriátrica, Enfermedad Psicológica, Enfermedad Psiquiátrica o tratamientos en hospitales psiquiátricos;

j) Participar en pruebas, competencias o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo ya sea como piloto o pasajero;

k) Participar en deportes extremos o peligrosos, como paracaidismo, buceo, alpinismo, rapel, salto bungee, charrería, equitación, hockey, esquí, rafting, tauromaquia, motociclismo, motonáutica, automovilismo, boxeo, artes marciales, acrobacia o cualquier tipo de deporte aéreo, terrestre o acuático, así

como la Práctica Profesional o Práctica Amateur de cualquier deporte extremo o peligroso, salvo que el Accidente ocurra con motivo de una Práctica Ocasional, siempre que no exista negligencia inexcusable por parte del Asegurado y/o Miembro Asegurado;

l) Riña cuando el Asegurado y/o Miembro Asegurado la hayan provocado;

m) Actos delictivos, cuando el Asegurado y/o Miembro Asegurado haya participado en la ejecución del mismo;

n) Lesiones resultantes de radiaciones atómicas, nucleares o derivadas de éstas;

o) Enfermedad Preexistente;

p) Hospitalización efectuada como medida preventiva o curas de reposo en cualquier sanatorio, spa, clínicas de hidroterapia, de curas naturales o establecimientos similares. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías;

q) Lesiones auto infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental;

r) En caso de suicidio o intento de suicidio del Asegurado y/o Miembro Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro o de la fecha de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado y/o Miembro Asegurado; la Institución únicamente pagará al Beneficiario el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento;

s) Cualquier Enfermedad transmisible que requiere por ley aislamiento o cuarentena;

t) Cualquier Hospitalización no considerada médicamente necesaria;

u) Hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos-X, o chequeos físicos o médicos generales;

v) Servicio militar, actos de guerra, sedición, revolución, insurrección o rebelión;

w) Variaciones de peso como es obesidad, el aumento o reducción de peso, derivados de trastornos alimenticios tales como la bulimia y la anorexia nerviosa;

x) Estadía en un centro de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una

instalación para personas de la tercera edad, alcohólicos o drogadictos, o bien un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica;

y) La Hospitalización a consecuencia de estado etílico, uso de drogas o, en opinión del médico de la Institución, que sea atribuible a algún síndrome de dependencia alcohólica o de drogadicción.

VI. SERVICIOS DE ASISTENCIA.

La Institución proporcionará los servicios de asistencia las 24 horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año a través del Prestador.

El Asegurado o Miembro Asegurado deberá proporcionar al Prestador los datos siguientes:

- Nombre completo y número de Póliza.
- Ubicación y referencias del lugar donde se requiere la asistencia.
- Número de teléfono de contacto.
- Descripción del servicio.

1. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE.

Cuando el Asegurado o Miembro Asegurado sufra un Accidente o Enfermedad grave que requiera Hospitalización, el Prestador cubrirá el traslado al centro hospitalario más cercano y apropiado, en ambulancia terrestre; limitado a 2 (dos) eventos por año en México.

El Prestador sólo cubrirá el traslado en ambulancia terrestre por lo que cualquier gasto adicional que derive de este, correrá por cuenta del Asegurado o Miembro Asegurado.

2. REFERENCIAS MÉDICAS.

El Prestador proporcionará al Asegurado o Miembro Asegurado referencias médicas en México de acuerdo a la disponibilidad de cada entidad federativa o al más cercano a la misma, tales como: médicos especialistas, nutriólogos, psicólogos y veterinarios, así como servicios de apoyo médico de laboratorios, gabinetes, hospitales, ópticas, casas ortopédicas y cuidados domiciliarios.

Los servicios médicos de que trata el párrafo anterior, tendrán costos preferenciales o descuentos para el Asegurado o Miembro Asegurado.

3. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.

El Prestador proporcionará al Asegurado o Miembro Asegurado orientación médica vía telefónica sin emitir un diagnóstico. En el caso de que así se requiera, el Prestador, podrá acordar una cita médica en el consultorio o centro hospitalario de la red médica del Prestador o en el domicilio del Asegurado o Miembro Asegurado. En caso de Urgencia Médica, la cita médica no tendrá costo para el Asegurado o Miembro Asegurado hasta un máximo de 3 (tres) citas durante la Vigencia del Contrato de Seguro (no incluye medicamentos, tratamientos, Hospitalización o estudios de laboratorio).

VII. CLÁUSULAS GENERALES.

1. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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 en términos del artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2. EDAD.

Se considerará como edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado, la que tenga cumplida en la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro.

La Institución podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado y/o Miembro Asegurado al inicio del Contrato de Seguro o con posterioridad.

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

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

Edad real mayor a la declarada: Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la Suma Asegurada se reducirá a la que le hubiera correspondido si se hubiera declarado la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado a la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

Edad real menor a la declarada: Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado, se pague una Prima mayor de la que correspondería por la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del Contrato de Seguro al descubrirse la inexactitud de la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado, la Institución tendrá derecho a solicitar el pago de lo indebido respecto de lo que se hubiera pagado de más, incluyendo los intereses respectivos, considerando que el Contrato de Seguro es nulo si en la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión por edad fijados por la Institución.

Los límites de admisión por edad fijados por la Institución son los siguientes:

a) Para el Asegurado es el mínimo de 18 (dieciocho) años y el máximo de 65 (sesenta y cinco) años;

b) Para el Miembro Asegurado que sea esposo(a) o concubina(rio) del Asegurado es el mínimo de 15 (quince) años y el máximo de 65 (sesenta y cinco) años;

c) Para el Miembro Asegurado que sea hijo del Asegurado es el mínimo de 3 (tres) meses y el máximo de 25 (veinticinco) años.

3. AVISO DE SINIESTRO.

Tan pronto como el Asegurado, Miembro Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por este Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución.

El Asegurado, Miembro Asegurado o Beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles para dar el aviso que deberá ser por escrito, vía digital o por vía telefónica, salvo caso fortuito o fuerza mayor en que el Reclamante deberá avisar a la Institución tan pronto como cese el impedimento.

4. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

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

Al presentarse alguna reclamación, la Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/o Miembro Asegurado o Beneficiario según sea el caso, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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

En adición al formato de reclamación de pago de indemnización por Siniestro proporcionado por la Institución, la documentación requerida al Reclamante para la reclamación de Siniestro es la siguiente:

a) Informe o resumen médicos en hoja membretada o sellada por la institución médica indicando fecha de ingreso y egreso, días de estancia hospitalaria, diagnóstico y evolución y tratamiento a la fecha en que la Enfermedad se diagnosticó por vez primera o el día en que el Accidente ocurrió;

b) Identificación oficial, Clave Única de Registro de Población, Registro Federal de Contribuyentes y comprobante de domicilio no mayor a 3 (tres) meses de antigüedad; en caso de que la hospitalización reclamada sea de un menor de edad acta de nacimiento del mismo. ** Nota en casos donde el hospitalizado sea un Miembro Asegurado se solicitará la identificación del mismo, y del asegurado titular.

c) En caso de reclamación por Embarazo: acta de nacimiento, certificado de nacimiento y Clave Única de Registro de Población del recién nacido.

En caso de fallecimiento del Asegurado y/o Miembro Asegurado en el transcurso de la Hospitalización o durante 30 (treinta) días naturales posteriores al alta hospitalaria, el Reclamante deberá presentar:

a) Formato de reclamación de pago de indemnización por Siniestro proporcionado por la Institución;

b) Informe médico o resumen médico avalado por el sistema nacional de salud o por un médico con cédula profesional, indicando fecha de ingreso y egreso, días de estancia hospitalaria, diagnóstico y evolución, tratamiento, fecha en que la Enfermedad se diagnosticó por vez primera o el día en que el Accidente ocurrió.

c) Acta de defunción (digital o copia certificada), no mayor a (3) tres meses de antigüedad;

d) La documentación del Asegurado o Miembro Asegurado siguiente:

1. Identificación oficial (en caso de que cuente con ella);

2. Clave Única de Registro de Población, y

3. Comprobante de domicilio no mayor a (3) tres meses de antigüedad;

e) La documentación del Reclamante siguiente:

1. Identificación oficial;

2. Comprobante de domicilio no mayor a (3) tres meses de antigüedad, y

3. Estado de cuenta bancario completo.

De conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cuando con los documentos señalados no se pueda comprobar el Siniestro, esta Institución podrá solicitar documentación adicional siempre y cuando tenga relación con los hechos y el Siniestro.

5. BENEFICIARIOS.

En caso de que el Asegurado y/o Miembro Asegurado fallecieren, las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas se pagarán conforme a la última designación de Beneficiarios indicada por el Asegurado.

El Asegurado y/o Miembro Asegurado tienen derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito o por el medio que ponga a su disposición la Institución, indicando el nombre del Beneficiario, parentesco y porcentaje.

En caso de que la Institución no reciba la notificación previamente a la realización del Siniestro, efectuará el pago de la Suma Asegurada conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de la obligación contraída bajo este Contrato de Seguro.

A falta de los Beneficiarios mencionados en el párrafo anterior, el Beneficiario es su cónyuge o concubina(rio), en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales; a falta de estos el importe de la cobertura se pagará a la sucesión legal del Asegurado y/o Miembro Asegurado fallecido.

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

Si habiendo varios Beneficiarios designados hubiese fallecido alguno de ellos o se reusare por escrito a recibir el porcentaje de la Suma Asegurada que le corresponda, el porcentaje que se le haya asignado se dividirá en partes iguales y se distribuirá entre los otros Beneficiarios, salvo indicación en contrario del Asegurado o Miembro Asegurado. Si sólo se hubiera designado un Beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación.

Los Miembros Asegurados mayores de 12 (doce) años, podrán designar Beneficiarios.

6. PRIMAS.

El Contratante deberá pagar la Prima anual de las coberturas que contrate, a partir de la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro y en cada aniversario de este Contrato de Seguro por todo el Plazo Contratado estipulado en la carátula de la Póliza.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento vigente, venciendo la Prima anual o fracción de ésta al inicio de cada periodo pactado.

La tasa de financiamiento se podrá modificar por la Institución a la renovación de la Póliza, la cual aparece en la carátula de la Póliza.

El pago de la Prima se hará con cargo a la cuenta o a la tarjeta de crédito del Contratante indicada por éste, en cuyo caso el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, tendrá los mismos efectos que el recibo expedido por la Institución y hará prueba plena de que la Institución ha cobrado la Prima respectiva, aun cuando la Institución no haya entregado el recibo correspondiente.

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

7. PERIODO DE GRACIA.

En caso de que la cuenta o a la tarjeta de crédito del Contratante no tenga saldo suficiente para pagar la Prima al inicio de cada periodo, la Institución intentará hacerle el cargo de forma recurrente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a dicha fecha, que es el periodo de gracia que se otorga al Contratante para hacer el pago de la Prima vencida. Si dentro del periodo de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el Contrato de Seguro, la Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente en términos de la cláusula 18. Pago de Suma Asegurada del presente Contrato de Seguro.

Si no se puede realizar el cobro de la Prima en el periodo indicado, los efectos del presente Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de dicho periodo.

8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

El presente Contrato de Seguro se dará por terminado cuando ocurra alguno de los eventos siguientes:

a) Fallecimiento del Asegurado dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro;

b) La Prima no hubiese sido pagada por el Contratante dentro del periodo de gracia;

c) El Contratante solicite la cancelación de la Póliza, en donde la Institución proporcionará un número de folio;

d) Cuando se extingan de pleno derecho las obligaciones del Contrato de Seguro en términos de la cláusula 22. Agravación del Riesgo.

e) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años.

Cuando el presente Contrato de Seguro termine con base al inciso c) de esta cláusula, la Institución devolverá la Prima no devengada en un plazo que no excederá de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de la terminación, descontando los gastos administrativos que correspondan registrados por la Institución ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

9. CANCELACIÓN DE LAS COBERTURAS.

Las coberturas se cancelarán automáticamente al ocurrir los eventos siguientes:

a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Miembro Asegurado (esposo(a) o concubina(rio) cumpla la edad de 70 (setenta) años;

b) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que alguno de los Miembros Asegurados que sean hijos cumplan la edad de 26 (veintiséis) años.

10. REHABILITACIÓN.

El Contratante podrá rehabilitar este Contrato de Seguro durante los 30 (treinta) días naturales siguientes a la terminación del periodo de gracia, mediante el pago de la(s) Prima(s) pendientes de pago. Una vez rehabilitado, iniciará nuevamente la Vigencia del Contrato de Seguro, por lo que en el caso de que ocurriese una eventualidad entre la terminación del periodo de gracia y la rehabilitación del Contrato de Seguro, la Institución no pagará Suma Asegurada alguna.

11. RENOVACIÓN.

Este Contrato de Seguro se renovará automáticamente, por plazos de seguro iguales al originalmente contratado, salvo que la edad del Asegurado a la fecha de la renovación respectiva sea de 70 (setenta) años, en cuyo caso la Póliza no se renovará.

Al llevarse a cabo la renovación, el Asegurado mantiene su derecho de antigüedad respecto de los periodos de espera y edades límite, los cuales no serán modificados en perjuicio del Asegurado y/o Miembro Asegurado.

El importe de las Primas en caso de renovación, corresponderá a la edad real del Asegurado y/o Miembro Asegurado de acuerdo a la tarifa vigente, a la Suma Asegurada, género y coberturas contratadas al momento de la renovación y podrá incrementar o disminuir la Prima de acuerdo a los planes vigentes que tenga la Institución.

12. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago.

13. COMPETENCIA.

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

La competencia por territorio 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.

14. COMUNICACIÓN.

Las comunicaciones, avisos y notificaciones a la Institución deberán realizarse en las oficinas de la Institución, cuyo domicilio se indica en la carátula de la Póliza, surtiendo sus efectos en la fecha de su presentación. Dichas comunicaciones podrán efectuarse también a través de los medios que la Institución disponga.

La Institución podrá cambiar de domicilio comunicando la nueva dirección de conformidad con la normativa aplicable.

Las comunicaciones, avisos y notificaciones de la Institución al Contratante, Asegurado o Beneficiario, surtirán plenos efectos y se entenderán realizados de manera auténtica cuando se efectúen:

a) Por escrito presentado ante 2 (dos) testigos o con la intervención de fedatario público, surtiendo sus efectos la notificación a partir de la fecha de entrega del comunicado en el domicilio respectivo;

b) Mediante correo certificado o a través de mensajería especializada con acuse de recibo;

c) Mediante aviso publicado en 1 (un) periódico de circulación nacional, o bien

d) A través de autoridad judicial.

15. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos que establece el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

I. En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento.

II. En 2 (dos) años, para las demás coberturas.

En todos los casos, los plazos serán contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo las excepciones consignadas en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias; por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago.

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

16. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que soporten plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Reclamante, no cumpla con el pago de la Suma Asegurada asumida por este Contrato de Seguro al hacerse exigible legalmente, en términos de la legislación vigente, pagará la indemnización por mora que corresponda, en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

17. INFORMES.

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

18. PLAZO PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

La Institución pagará la Suma Asegurada al Asegurado, Miembro Asegurado y/o Beneficiario dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Institución reciba la documentación completa que acredite la realización de la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro y el derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que la Institución solicite en los formatos correspondientes.

La Institución deducirá del pago que corresponda la Prima devengada no pagada para todas las coberturas contratadas y la Prima no cobrada por devengar del Año Póliza correspondiente a la cobertura siniestrada, así como cualquier otro adeudo o anticipo derivado de este Contrato de Seguro.

19. CLÁUSULA FISCAL.

El pago de la Prima estará sujeta a la aplicación de impuestos de acuerdo con el ramo registrado; la cobertura por hospitalización se encuentra registrada en la operación de gastos médicos y la cobertura de apoyo por gastos funerarios se encuentra registrada en la operación de vida.

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realice la Institución por el presente Contrato de Seguro, podrán ser objeto de retención de impuestos. El Asegurado, Miembro Asegurado y Beneficiario deberán consultar con sus asesores fiscales el régimen fiscal que les sea aplicable.

20. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

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

a) De manera personal a través del ejecutivo de HSBC México o del promotor de la persona moral que distribuya el Contrato de Seguro;

b) Envío a domicilio mediante correo en caso de que así se haya solicitado por el Contratante o Asegurado, o

c) Envío a dirección de correo electrónico en caso de que así se haya solicitado por el Contratante o Asegurado.

Si el Contratante o Asegurado no recibe la documentación de su Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado la Póliza, podrá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono 55 5721 3322, donde le indicarán la forma en que se le hará la entrega correspondiente.

21. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.

El Contratante o Asegurado podrán realizar según corresponda a través de medios electrónicos tales como página de internet, aplicaciones en dispositivos móviles, vía telefónica y cajeros automáticos de HSBC México, siempre que dicho medio lo permita, las Operaciones Electrónicas siguientes:

a) Contratación, cancelación, solicitud, aceptación o emisión de Endosos del Contrato de Seguro;

b) Alta y modificación del medio de notificación o entrega de documentación contractual;

c) Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;

d) Desbloqueo de contraseñas o números de identificación personal, así como para la reactivación del uso de los servicios de Operaciones Electrónicas;

e) Modificación de contraseñas o números de identificación personal;

f) Modificación de la designación de Beneficiarios o el porcentaje asignado a los mismos.

El Reclamante podrá realizar según corresponda a través de medios electrónicos tales como página de internet, aplicaciones en dispositivos móviles y vía telefónica, siempre que dicho medio lo permita, el aviso y reclamación por Siniestro.

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

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

b) De acuerdo a la Operación Electrónica solicitada, se aplicará un proceso para la confirmación de la Operación Electrónica correspondiente;

c) Una vez confirmada la Operación Electrónica de que se trate, la Institución notificará al solicitante de la Operación Electrónica realizada a través de los medios electrónicos disponibles, y, en su caso, enviará la documentación contractual, y

d) En caso de que el Contratante o Asegurado no reconozca la Operación Electrónica deberá comunicarse al teléfono 55 5721 3322.

e) La Institución pondrá a disposición del Asegurado a través de su página de internet www.hsbc.com.mx/seguros/condiciones-generales/, los Términos y Condiciones para el uso de Medios Electrónicos.

La Institución solicitará los datos de algún medio de comunicación del Asegurado, tales como su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para la recepción de mensajes, a fin de que se e hagan llegar las modificaciones de la Operación Electrónica realizada y, en su caso, la documentación contractual. Las Operaciones Electrónicas realizadas a través de medios electrónicos tendrán validez y no podrán ser desconocidas, repudiadas, rechazadas o revocadas por el Asegurado, así como por la Institución.

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

22. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Antes y durante la contratación del seguro, el Contratante tiene derecho a:

a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales;

b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de la Institución o del intermediario autorizado para la promoción y venta de los seguros;

c) Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del Contrato de Seguro;

d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que lo solicite, copia de la Póliza en la que consten tanto sus derechos y obligaciones;

e) Recibir explicación del Costo del Seguro, así como de las formas de pago del mismo;

f) Conocer el importe de la compensación directa que la Institución paga a los intermediarios por la distribución del seguro;

g) Pedir la rectificación de su Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación;

h) Cancelar el seguro en cualquier momento de conformidad con la cláusula 9. Cancelación de las coberturas.

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

a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales;

b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de la Institución o del intermediario autorizado para la promoción y venta de los Seguros;

c) Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del Contrato de Seguro;

d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que lo solicite, copia de la Póliza en la que conste tanto sus derechos y obligaciones;

e) Pedir la rectificación de su Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación;

Al ocurrir un Siniestro los Beneficiarios del seguro tienen derecho a:

a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes establecidas en el Contrato de Seguro en función a la Suma Asegurada contratada, aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la Prima de seguro;

b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas, de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas;

c) Presentar una reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), tiene derecho a solicitar a dicha Comisión, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

VIII. TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS APLICABLES.

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

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

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

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.

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este

artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará

generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y

servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento. Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

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

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

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

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

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

Código Penal Federal.

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y multa de cuatrocientas a mil doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

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

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

A quien utilice aeronaves pilotadas a distancia para cometer las conductas previstas en la fracción I del párrafo primero del presente artículo, se aumentará hasta en un tercio la pena establecida.

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

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

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

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

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

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

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio.

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

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

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

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

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

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

IX. DOMICILIOS UNE Y CONDUSEF.

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

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

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

X. LEYENDA DE REGISTRO.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de noviembre de 2024, con el número PPAQ-S0077-0084-2024 / CONDUSEF-006641-01.