

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE	1
1. OBJETO	4
2. DEFINICIONES	4
3. COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN	5
3.1 Exclusiones para la Cobertura por Hospitalización.....	6
4. COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	7
4.1 Exclusiones para las Coberturas de Invalidez Total y Permanente.....	8
5. COBERTURA DE ASALTO EN CAJERO	9
5.1 Muerte Accidental por Asalto en Cajero.....	9
5.2 Reembolso de Efectivo.....	9
5.3 Exclusiones para la cobertura de Asalto en Cajero.....	10
6. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL.....	11
6.1 Exclusiones para la cobertura de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.....	11
7. COBERTURA DE DESEMPLEO.....	12
7.1 Requisitos de Asegurabilidad para la cobertura de Desempleo.....	12
7.2 Comprobación del Estado de Desempleo.....	12
7.3 Exclusiones para la cobertura de Desempleo.....	13
8. COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.....	13
8.1 Requisitos de asegurabilidad para la cobertura de Invalidez Temporal Total.....	13
8.2 Comprobación del estado de Invalidez Temporal Total.....	14
8.3 Exclusiones para la cobertura de Invalidez Temporal Total.....	14
9. EVENTOS DE VIDA	15
9.1 Cobertura de matrimonio.....	15
9.2 Cobertura de divorcio.....	15
9.3 Cobertura por Nacimiento de un hijo.....	15
9.4 Exclusiones para la cobertura de Eventos de Vida.....	15

10. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL POR ASALTO EN CAJERO.....	15
10.1 Asesoría Telefónica.....	16
10.2 Traslado Médico Terrestre.....	16
10.3 Exclusiones a la cobertura de Servicios de Asistencia Legal por Asalto en Cajero.....	16
11. CLAUSULAS GENERALES.....	17
11.1 Vigencia.....	17
11.2 Primas.....	17
11.3 Pago de primas.....	17
11.4 Prescripción.....	17
11.5 Cambio de Contratante.....	17
11.6 Designación y cambio de Beneficiarios.....	17
11.7 Sistema de Administración Simplificado.....	18
11.8 Reporte de movimientos.....	18
11.9 Registro de asegurados.....	18
11.10 Altas.....	18
11.11 Bajas.....	19
11.12 Edad.....	19
11.13 Límites de edad.....	19
11.14 Ajuste a la suma asegurada.....	20
11.15 Modificaciones.....	20
11.16 Notificaciones.....	20
11.17 Competencia.....	20
11.18 Carencia de Restricciones.....	20
11.19 Moneda.....	20
11.20 Cancelación.....	20
11.21 Rehabilitación.....	21
11.22 Renovación.....	21
11.23 Siniestros.....	21
11.24 Pago del Seguro.....	22

11.25 Pruebas.....	22
11.26 Ocupación.....	22
11.27 Interés Moratorio.....	23
12. INFORME (CIRCULAR S-8.3.2).....	23
13. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA (ARTÍCULO 36 E).....	23
14. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CIRCULAR S-25.5).	24
15. TRASCRIPTIÓN DE LOS ARTICULOS MENCIONADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES.....	24

1. OBJETO.

El objetivo de este seguro es ofrecer a los acreditados de la Institución Financiera la oportunidad de mantener sus créditos vigentes cuando el ingreso de sus acreditados se vea afectado por causa de alguno de los riesgos amparados en este Contrato, así como ofrecer servicios de asistencia legal para la cobertura de asalto en cajero.

2. DEFINICIONES.

Para los efectos del presente Contrato de seguro, se entenderá por:

Accidente: Lesión corporal sufrida por el Asegurado, a consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado: Miembro de la colectividad asegurada que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza y se encuentra inscrito en el Registro de Asegurados.

Beneficiario (s): Persona(s) física o moral a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato. Salvo pacto en contrario, es Beneficiario único, preferente e irrevocable, el Contratante de la póliza, en virtud de que el objeto del Contrato es pagar ciertas cantidades de dinero a la Tarjeta del Crédito concedida al Asegurado por el Contratante, a efecto de mantener el saldo deudor en el mismo importe durante el plazo establecido en este Contrato.

Para la cobertura de asalto en cajero, 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 Asegurado podrá designar Beneficiario(s) en el consentimiento individual correspondiente o con posterioridad.

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

Contratante: Persona física que solicita la celebración del Contrato con la Compañía para sí o para terceras personas o la persona moral que solicita la celebración del Contrato con la Compañía para terceras personas y que se encuentra obligada al pago de las primas aplicables.

Contrato: Esta póliza integrada por su carátula, sus condiciones generales, la solicitud del seguro, los consentimientos individuales, 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.

Desempleo: Es el estado de ausencia de una relación de trabajo (empleo) que sufre el Asegurado, por haber sido despedido por decisión del patrón, sin que hubiera responsabilidad del Trabajador, que lo mantenga sin percibir remuneración alguna derivada de su trabajo personal.

Divorcio: Es el acto jurídico mediante el cual se disuelve el vínculo matrimonial decretada por la autoridad competente e inscrita en el registro civil, que deja a los cónyuges en aptitud de contraer nuevamente matrimonio bajo los términos y condiciones establecidos por la ley.

Estados Unidos Mexicanos: República Mexicana.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con quirófanos para intervenciones quirúrgicas y con doctores y enfermeras titulados y en servicio las 24 (veinticuatro) horas del día. Por tanto no se incluye ninguna institución de descanso o

convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desordenes psiquiátricos o mentales, o bien un asilo, aunque se registrara como un hospital o clínica.

Hospitalización: Estadía del Asegurado en un hospital por un accidente. Lo anterior no incluye tratamiento alguno a consecuencia de embarazo o parto.

HSBC México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC: Institución Financiera

Importe Máximo de Responsabilidad: Es la cantidad que en suma y como máximo la Compañía está obligada a pagar respecto del Asegurado, considerando todos los siniestros por cualesquiera de las coberturas que se presenten durante la vigencia de las citadas coberturas. El Importe Máximo de Responsabilidad es el indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Invalidez Temporal Total: Es el estado de invalidez total que sufre el Asegurado, a consecuencia de un Accidente, que imposibilita al Asegurado temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso permanentemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Invalidez Total y Permanente: Estado del Asegurado a consecuencia de un Accidente que lo deja 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.

Matrimonio: Forma legal de constituir una familia, a través del vínculo que se establece entre un hombre y una mujer, para crear una comunidad de vida permanente, con derechos y obligaciones que la ley determina al momento contraer de manera libre, responsable e informada nupcias ante un juez u oficial del registro civil, cumpliendo las formalidades y solemnidades que exige la ley.

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.

Nacimiento: Para los efectos legales es la acción o efecto de nacer, es el comienzo de la vida humana con viabilidad y que se tiene una vez que el nuevo ser humano vive veinticuatro horas o es presentado vivo ante el juez del registro civil para su registro.

Registro de Asegurados: Es el registro de personas integrantes de la colectividad asegurada, quienes se encuentran asegurados en términos del certificado individual correspondiente.

Siniestro: Ocurrencia de la eventualidad cubierta conforme al presente Contrato de seguro, el riesgo amparado en el Contrato de seguro en los términos, condiciones y cláusulas pactadas en este Contrato.

3. COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado Individual como amparada, la Compañía pagará al Beneficiario (Institución Financiera) la suma asegurada y/o indemnización mensual que corresponda, establecida en la carátula de póliza y/o certificado individual, al vencimiento del plazo máximo de

responsabilidad, si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado sufre un accidente y en consecuencia del mismo es hospitalizado en un hospital en territorio nacional,

3.1 Exclusiones para la Cobertura por Hospitalización.

La Compañía no será responsable de acuerdo a esta póliza respecto a la cobertura por Hospitalización, en caso de que el Asegurado sea hospitalizado:

- a. A consecuencia del estado alcohólico del Asegurado o provenga de algún síndrome de dependencia alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de dependencia alcohólica.**
- b. Por causa o con relación a cirugía plástica, reconstructiva o cosmética, sea efectuada o no con propósitos psicológicos.**
- c. Como consecuencia o con relación a un trabajo o tratamiento dental, maxilofacial, bucal (incluyendo cirugía dental) o extracción de dientes y/o muelas.**
- d. Como consecuencia o con relación al uso o consumo de drogas o enervantes, incluyendo tratamiento de cualquier condición médica que, en opinión del médico de consulta de la Compañía, sea considerado ser una causa subyacente o directamente atribuible al consumo de drogas o enervantes.**
- e. Por lesiones provocados 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. Como consecuencia o con relación a embarazo, aborto (excepto como consecuencia de un accidente), nacimiento (incluidos exámenes de diagnóstico de embarazo), tratamientos de fertilidad, esterilización y contracepción, incluida cualquier complicación relacionada.**
- g. Como consecuencia o con relación a cualquier padecimiento, estado de salud o condición médica existente o previsible a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Lo anterior incluye cualquier condición por la cual el Asegurado hubiera recibido asesoría o tratamiento, o la cual, de acuerdo a su mejor conocimiento o creencia, era de su conocimiento o debería razonablemente haber sido de su conocimiento en fecha anterior al comienzo de vigencia de la póliza.**
- h. Que se efectúe en un sanatorio, spa o curas de reposo, casa de convalecencia, guardería, clínica de curas naturales o establecimientos similares, así como la Hospitalización que se realizare como medida preventiva.**
- i. Como consecuencia o esté relacionado con un daño corporal autoinfligido intencionalmente o por culpa grave del Asegurado o daño corporal sufrido por el Asegurado como resultado de un acto criminal efectuado o iniciado por el Asegurado con independencia de su estado mental, incluyendo el intento de suicidio estando mentalmente sano o insano, enfermedades venéreas, intoxicación y cualquier enfermedad transmisible que requiera aislamiento o cuarentena.**

- j. Como consecuencia o relacionada con la administración de medicinas y tratamientos no prescritos por un Médico o no considerados médicamente necesarios, así como los tratamientos realizados en clínicas de hidroterapia, así como cuando la Hospitalización se relacione con ingresos hospitalarios para práctica de exámenes, análisis, intervenciones para diagnósticos, o chequeos físicos o médicos generales.**
- k. Como consecuencia o relacionado con obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia o anorexia nerviosa.**
- l. Fuera de territorio nacional.**
- m. Teniendo su residencia fuera del territorio nacional (Estados Unidos Mexicanos) al momento del siniestro.**

En ningún la Compañía será responsable de acuerdo a esta póliza respecto a la cobertura por Hospitalización, cuando la Tarjeta de Crédito otorgada por el Contratante no se encuentre al corriente en sus pagos.

4. COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada, la Compañía pagará al Beneficiario (Institución Financiera) la suma asegurada que corresponda establecida en la carátula de póliza y/o certificado individual, siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua por un periodo de tiempo igual o superior al periodo de espera que corresponda en términos de este Contrato, si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente.

Para la determinación de un estado de Invalidez Total y Permanente se requerirá que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo de tiempo igual o superior al periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza o en su defecto de 3 meses, ambos contados a partir de que fue determinado el estado de Invalidez Total y Permanente.

Los dictámenes de invalidez o incapacidad que realicen institutos de seguridad social u otros organismos no son concluyentes de la existencia de un estado de Invalidez Total y Permanente en términos de este Contrato, siendo necesario que dicho estado sea acreditado a la Compañía y corroborado por la misma en términos de esta póliza.

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

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. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

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.
- f. Las incapacidades de carácter orgánico funcional.

En estos casos no será necesario que transcurra el periodo de espera.

4.1 Exclusiones para las Coberturas de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía no tendrá obligación alguna de pagar la Suma Asegurada, en caso de que el estado de Invalidez Total y Permanente ocurra por:

- a. Participación del Asegurado en:
 - Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - Cuerpos policíacos o de seguridad privada.
 - Actos delictivos de carácter intencional, en los que participe directamente el Asegurado.
 - Vuelos 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.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica de cualquier deporte de los llamados extremos.
 - Riña, cuando el Asegurado la haya provocado.
 - Motociclismo.
- b. Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- c. Cualquier Accidente ocasionado por el Asegurado por culpa grave, al encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes, drogas o enervantes, salvo por prescripción médica.
- d. Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.
- e. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas que previamente a la celebración del Contrato:
 - Se haya declarado o manifestado su existencia, o
 - Sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
 - El Asegurado haya efectuado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Asimismo, para resolver la procedencia de la reclamación, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de enfermedades preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

- a. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- b. Padecer el Asegurado Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.

En ningún caso la Compañía será responsable de acuerdo a esta póliza respecto a la cobertura de Invalidez Total y Permanente, cuando la Tarjeta de Crédito otorgada por el Contratante no se encuentre al corriente en sus pagos.

5. COBERTURA DE ASALTO EN CAJERO.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado Individual como amparada, esta cobertura ofrece protección integral en los 2 (dos) rubros descritos a continuación:

5.1 Muerte Accidental por Asalto en Cajero.

Si como consecuencia directa de un "Accidente Cubierto" el Asegurado fallece dentro de los 90 (noventa) días siguientes a tal incidente, la Compañía pagará al Beneficiario (designado por el Asegurado en el certificado individual) la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio.

5.2 Reembolso de Efectivo.

Si como consecuencia directa de un "asalto cubierto", el Asegurado es despojado del dinero en efectivo obtenido en una "extracción", la Compañía pagará al Beneficiario (Institución Financiera) el monto del retiro realizado, que no excederá a la suma asegurada máxima establecida en la carátula de la póliza.

Para efectos de la cobertura de asalto en cajero, se entiende por:

Accidente Cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta, y fortuita que ocurra durante el "tiempo de operación" de esta cobertura. Consecuentemente, el Accidente Cubierto será aquel que ocurra como resultado de un "asalto cubierto".

Asalto Cubierto: El robo o asalto con violencia o amenaza de violencia al Asegurado, mientras éste retire o intente retirar efectivo de un cajero automático de la red de cajeros del Contratante. Además el evento deberá ser realizado en forma delictiva intencional, súbita y fortuita en la persona del Asegurado durante el “tiempo de operación” de esta cobertura.

Se amparará un sólo evento sufrido por el Asegurado durante 1 (un) año póliza (doce meses de renovación consecutiva contados a partir el aniversario de la póliza), dicho evento, en monto reclamado, no deberá exceder la suma asegurada máxima anual cubierta respecto de cada Asegurado, que se menciona en la carátula de la póliza o en el certificado individual respectivo.

Cajero Automático: Es todo el equipo automatizado incorporado a la red de cajeros (sean de la propiedad del banco emisor o no) y habilitado para interactuar con el sistema del banco emisor de una Tarjeta de Crédito y/o de débito sin la asistencia de persona alguna para el retiro de efectivo.

Extracción: Es el acto por el cual el Asegurado realiza un retiro de dinero a través de un Cajero Automático.

Red de Cajeros: Es la red de cajeros automáticos incorporada a los sistemas de operación de tarjetas bancarias en los que pueda ser utilizada la tarjeta del Asegurado.

Tarjeta de Crédito: Es la tarjeta expedida por el banco emisor al Asegurado, que le permite a éste, entre otros, tener acceso a un crédito que otorga la Institución de Crédito al Asegurado y le permite hacer uso de cajeros automáticos.

Tiempo de Operación: Significa el periodo específico dentro de las actividades del Asegurado, durante el cual la cobertura de asalto en cajero es efectiva. Esto es, mientras se encuentre realizando un retiro de efectivo (extracción) de un cajero automático usando tarjetas emitidas por el banco emisor este "tiempo de operación" incluirá el periodo inmediato siguiente al tiempo en que se usó la Tarjeta y que queda asentado en los registros del banco hasta un máximo de 10 (diez) minutos después.

5.3 Exclusiones para la cobertura de Asalto en Cajero.

Esta póliza no ampara extracciones de efectivo realizadas y/o la muerte accidental y/o el reembolso por Hospitalización en los siguientes casos:

- a. **Por causa de la utilización de una Tarjeta que le haya sido hurtada, o una Tarjeta que hubiese perdido el Asegurado.**
- b. **Por causa de la utilización de una Tarjeta robada en circunstancias diferentes a las de un asalto cubierto.**
- c. **Cuando la Tarjeta estuviera en poder de personas ajenas al tarjeta - habiente y las extracciones se realizaran sin su consentimiento.**
- d. **Cuando la extracción se efectúe en circunstancias en que el Asegurado ingrese al lugar del cajero solo o en compañía voluntaria de terceros, para ser partícipes directos en el acto delictivo intencional de realizar la extracción del dinero.**
- e. **Cualquier siniestro posterior, una vez agotada la suma que corresponda al equivalente de la suma asegurada máxima por tarjeta - habiente por el año póliza.**
- f. **Cuando familiares del Asegurado hasta el cuarto grado de consanguinidad participen en el siniestro como autores o cómplices.**

- g. Pérdida resultante de la entrega del efectivo para intercambiar o adquirir algún bien o servicio.**
- h. Daños de cualquier tipo por los que el Asegurado sea legalmente responsable.**
- i. Todos los cargos, costos y gastos incurridos por el Asegurado.**
 - Para establecer la existencia o el monto de una pérdida cubierta por esta póliza.
 - Como parte de cualquier procedimiento legal, sea o no que tal procedimiento sea consecuencia de una pérdida cubierta.
- j. Cualquier pérdida consecuencial de cualquier naturaleza que no este expresamente cubierta.**
- k. Pérdida resultante de cualquier desaparición inexplicable del efectivo.**
- l. En caso de que el Asegurado no haga uso de la Tarjeta en forma personal o realizare dicho uso en desapego a lo acordado en el efecto con el emiteente de dicha Tarjeta.**

6. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada, La Compañía pagará la suma asegurada en vigor de esta cobertura a los Beneficiarios designados por el Asegurado en el certificado individual, 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 esta cobertura.**
- b. El fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.**

6.1 Exclusiones para la cobertura de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.

La Compañía no tendrá obligación alguna de pagar la Suma Asegurada de esta cobertura, en caso de que la muerte accidental del Asegurado ocurra:

- a. Accidentes por participación directa del Asegurado en:**
 - Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - Cuerpos policíacos o de seguridad privada.
 - 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, a menos que se demuestre que fué accidental.**
- l. Abortos, cualquiera que sea su causa**

7. COBERTURA DE DESEMPLEO.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada y si el Asegurado sufre la pérdida de su empleo (relación de trabajo personal subordinado), habiendo sido despedido en forma involuntaria y sin que exista responsabilidad de su parte, durante la vigencia de esta cobertura, quedando sin percibir remuneración alguna como contraprestación por su trabajo personal, la Compañía pagará al Beneficiario (Institución Financiera), una vez transcurrido el periodo de eliminación, la indemnización mensual que corresponda al certificado individual, mientras subsista el estado de Desempleo del Asegurado, hasta el vencimiento del plazo máximo de responsabilidad especificado en el certificado individual y hasta una suma no superior al Importe Máximo de Responsabilidad.

7.1 Requisitos de Asegurabilidad para la cobertura de Desempleo.

Únicamente podrá tener el carácter de Asegurado para la cobertura de desempleo, aquella persona que reúna los siguientes requisitos:

- Ser persona física.
- Tener el carácter de Trabajador, en virtud de una relación de trabajo por la que preste un servicio personal subordinado, con base en un Contrato escrito por tiempo indeterminado, con una jornada laboral que como mínimo implique 40 (cuarenta) horas de trabajo a la semana.
- Hayan estado sujetos a una o más relaciones de trabajo, de manera ininterrumpida, al menos los 12(doce) meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Cualquier persona que no reúna los requisitos establecidos, no tendrá el carácter de Asegurado ni quedará cubierta por la cobertura de desempleo.

7.2 Comprobación del Estado de Desempleo.

La Compañía se reserva la facultad de verificar en cualquier momento el estado de desempleo del Asegurado y de exigir al Asegurado cualquier información y documentación necesaria para acreditar indubitablemente dicho

estado, así como cualquier clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

7.3 Exclusiones para la cobertura de Desempleo.

Quedan excluidos y no serán amparados por la cobertura de desempleo, el estado de desempleo que sufra el Asegurado:

- a. Que se inicie dentro del período de espera. Esta exclusión opera cada vez que se contrate la cobertura o ingrese el Asegurado a la colectividad asegurada (en su caso).**
- b. Por jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**
- c. Por renuncia o pérdida voluntaria del empleo.**
- d. Por incidente nuclear.**
- e. Por participar el Asegurado en paros, disputas laborales.**
- f. Derivado de programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.**
- g. Que hubiera sido comunicado por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura.**
- h. Derivado de la terminación de un Contrato de trabajo de obra o tiempo determinado.**
- i. Relacionado con una enfermedad o lesión del Asegurado.**
- j. Derivado de la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el Artículo 47 y sus fracciones, de la Ley Federal del Trabajo.**
- k. Derivado de que el Asegurado que no se encuentre sujeto a relación de subordinación alguna y perciba un ingreso por sus actividades (ejemplo profesionistas comerciantes independientes y autoempleados).**

Asimismo, esta cobertura no cubrirá al Asegurado que sufra una Invalidez Temporal Total.

8. COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada y sí como consecuencia de un Accidente y dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha de dicho Accidente, el Asegurado sufriera un estado de Invalidez Temporal Total, en la que se consideran tanto la incapacidad por pérdidas orgánicas como las incapacidades de carácter orgánico funcional, la Compañía pagará al Beneficiario (Institución Financiera una vez transcurrido el periodo de eliminación, mientras subsista dicho estado y no se rebase el Importe Máximo de Responsabilidad, la indemnización mensual de esta cobertura, por un periodo que no excederá en suma el plazo máximo de responsabilidad.

8.1 Requisitos de asegurabilidad para la cobertura de Invalidez Temporal Total.

La presente cobertura de Invalidez Temporal Total sólo aplicará y cubrirá al Asegurado que no se encuentre cubierto por la cobertura de Desempleo y además cumpla los siguientes requisitos:

- a. Ser persona física, profesionista, industrial o comerciante independiente y tener ingresos fiscalmente comprobables derivados de dicha actividad.
- b. Encontrarse dado de alta en el Registro Federal de Contribuyentes.
- c. No estar sujeto a relación de trabajo alguna.

Conforme a lo indicado, esta cobertura no es aplicable respecto de personas cuyos ingresos no deriven de su actividad personal y directa (ejemplo rentistas, inversionistas, etc.).

Asimismo, cuando aplique la cobertura de Desempleo a un Asegurado no operará la cobertura de Invalidez Temporal Total y viceversa.

En atención a lo establecido, toda persona que no reúna los requisitos establecidos, no tendrá el carácter de Asegurado ni quedará cubierta por la cobertura de Invalidez Temporal Total.

8.2 Comprobación del estado de Invalidez Temporal Total.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada, La Compañía se reserva la facultad de verificar en cualquier momento el estado de Invalidez Total Temporal Total del Asegurado y de exigir al Asegurado cualquier información y documentación necesaria para acreditar indubitablemente dicho estado así como cualquier clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

8.3 Exclusiones para la cobertura de Invalidez Temporal Total.

Queda excluido y no está amparado por la cobertura de Invalidez Temporal Total, el Asegurado que sufra un estado de Invalidez Temporal Total derivado de:

- a. **Accidentes que sufra el Asegurado por:**
 - **Participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - **Participar directamente el Asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier tipo.**
- b. **Padecimiento Preexistente del Asegurado.**
- c. **Lesiones autoinflingidas por parte del Asegurado, aún cuando se presenten estando el Asegurado en estado de enajenación mental.**
- d. **Salvo pacto en contrario, accidentes que se originen por participar el Asegurado en actividades como:**
- e. **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
- f. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- g. **Conducir o transportarse en motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**
- h. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- i. **Afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**

Asimismo se excluye y en forma expresa no se cubre al Asegurado que se encuentre amparado por la cobertura de Desempleo.

9. EVENTOS DE VIDA.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada, esta cobertura ofrece una indemnización mensual si el Asegurado contrae matrimonio, se divorcia y nace un hijo, durante la vigencia de esta cobertura y si el Asegurado no ha muerto a consecuencia de un accidente, con la finalidad mantener sus créditos vigentes cuando el ingreso del Asegurado se vea afectado por dichos eventos, la Compañía pagará al Beneficiario (Institución Financiera), la indemnización mensual que corresponda al certificado individual, hasta el vencimiento del plazo máximo de responsabilidad especificado en el certificado individual.

9.1 Cobertura de matrimonio.

Si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado contrae matrimonio, la Compañía pagará al Beneficiario la indemnización mensual que corresponda, establecida en la carátula de póliza y/o al certificado individual, hasta el vencimiento del plazo máximo de responsabilidad.

9.2 Cobertura de divorcio.

Si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado se divorcia, la Compañía pagará al Beneficiario la indemnización mensual que corresponda, establecida en la carátula de póliza y/o al certificado individual, hasta el vencimiento del plazo máximo de responsabilidad.

9.3 Cobertura por Nacimiento de un hijo.

Si durante la vigencia de esta cobertura nace un hijo del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario la indemnización mensual que corresponda al certificado individual y/o carátula de póliza, hasta el vencimiento del plazo máximo de responsabilidad.

9.4 Exclusiones para la cobertura de Eventos de Vida.

La Compañía no será responsable de acuerdo a esta Póliza respecto a la cobertura de Eventos de Vida:

- a. Cuando el Asegurado proporcione información o documentación que induzcan a la Compañía a un error.**
- b. Cuando el evento cubierto ocurra durante el periodo de espera.**
- c. Cuando la tarjeta crédito otorgada al Contratante no se encuentre al corriente en sus pagos.**
- d. El hijo resulte de una gestación ocurrida con anterioridad al inicio de la vigencia de la cobertura.**
- e. Cuando el hijo no sobreviviere 24 horas o no hubiera sido registrado.**
- f. Cuando el producto del Nacimiento muera al momento del parto.**

10. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL POR ASALTO EN CAJERO.

En caso de haber sido contratada y se indique en la carátula de póliza y/o certificado individual como amparada, La Compañía otorgará al Asegurado y/o Beneficiarios que tengan derecho a esta cobertura, los siguientes servicios:

- a. Tramitación legal administrativa ante el Ministerio Público a fin de levantar el acta que proceda, y se inicien las investigaciones del caso.**

- b. La Compañía sufragará todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse en la tramitación de estos procedimientos hasta la obtención de la copia certificada del acta levantada.
- c. Tramitación legal administrativa ante el servicio médico forense, en caso de que en el “Asalto Cubierto” se haya producido la muerte del Asegurado.
- d. La Compañía sufragará todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse en esta instancia.
- e. Tramitación y obtención del certificado médico y acta de defunción, en su caso.
- f. Todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse para la obtención de los documentos que se mencionan, serán sufragados única y exclusivamente por la Compañía, sin que los deudos del fallecido paguen cantidad alguna por estos conceptos.
- g. Tramitación legal y administrativa ante las autoridades competentes, para obtener los permisos de traslado del Asegurado fallecido fuera de la localidad habitual de su residencia.
- h. Los deudos del Asegurado fallecido tendrán derecho, sin costo alguno por concepto de honorarios, gratificaciones y demás gastos, a que los abogados de la Compañía tramiten las autorizaciones y permisos que se requieran para el traslado del fallecido, cuando el deceso ocurra en un lugar diferente al de su residencia habitual, siendo por cuenta de los deudos el pago de los costos inherentes a la transportación del cuerpo, incluyendo el pago de los desplazamientos que deban de hacer los familiares que legalmente sean requeridos en las diligencias o actuaciones pertinentes.
- i. Asistencia y apoyo en trámites funerarios, en su caso.

La asistencia de la compañía consistirá en poner a disposición de los deudos del fallecido, un abogado gestor que se encargará de la contratación de los servicios funerarios como: sala de velación, ataúd, cementerio o urna de cremación, etc., de acuerdo a las instrucciones que se le impongan. Esta cobertura incluye los honorarios del profesional que asista a los deudos, pero no incluye el pago de los servicios contratados que serán siempre por cuenta de los mencionados deudos.

10.1 Asesoría Telefónica.

En el caso de existir pérdida económica derivada de un “asalto cubierto”, y no se hayan derivado otros delitos como lesiones u homicidio, la Compañía asesorará telefónicamente al Asegurado a fin de que realice las gestiones procedentes ante la autoridad investigadora que corresponda.

Los beneficios y servicios se otorgarán como máximo 1(una) vez al año y podrán ser solicitados a la compañía las 24(veinticuatro) horas de los 365(trescientos sesenta y cinco) días del año de cualquier lugar de la República Mexicana.

10.2 Traslado Médico Terrestre.

En caso de que el Asegurado resultara lesionado a consecuencia de un asalto al utilizar Cajeros Automáticos, se proporcionará el traslado en ambulancia al hospital más cercano o apropiado, de acuerdo con la gravedad de las lesiones, y se harán los arreglos necesarios para que dicho traslado se realice bajo supervisión médica.

10.3 Exclusiones a la cobertura de Servicios de Asistencia Legal por Asalto en Cajero.

Quedan excluidos todo tipo de gastos, trámites o asesoría no mencionados en la descripción de esta cobertura.

11. CLAUSULAS GENERALES.**11.1 Vigencia.**

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

11.2 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.

11.3 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(treinta) días 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.

11.4 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.

11.5 Cambio de Contratante.

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

11.6 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.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

11.7 Sistema de Administración Simplificado.

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

- a. 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.
- b. La separación definitiva de integrantes de la colectividad asegurada;
- c. 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
- d. 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:

11.8 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.

11.9 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.

11.10 Altas.

La cobertura se iniciará desde el momento en que la persona respectiva sea incorporada 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 30(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.

11.11 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 la cobertura no afectada a dichos integrantes calculada en días exactos. Por su parte el Contratante devolverá al Asegurado la fracción de la prima que corresponda.

11.12 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.

11.13 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 accidental, accidentes personales a corto plazo y pérdidas orgánicas.
- b. años como mínimo y 59 años como máximo para las coberturas de Invalidez Total y Permanente así como Desempleo o Invalidez Temporal Total.

11.14 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.

11.15 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 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.

11.16 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 mayor circulación nacional.

11.17 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.

11.18 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.

11.19 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.

11.20 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:
 - Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
 - 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.
 - Cuando se establezca otra causa de cancelación para cada cobertura o endoso en particular, en términos de este Contrato.
 - Si el Asegurado celebra varios Contratos de seguro con la Compañía en la operación del ramo accidentes personales colectivos, correspondientes a éste u otros productos, el total de las sumas aseguradas contratadas por todos los seguros, no podrá ser superior al límite máximo por Asegurado, equivalente a \$2,000,000.00 (dos millones de pesos y 00/100, M.N.). En caso de que por cualquier causa la sumatoria de sumas aseguradas referidas resultare superior al límite máximo por asegurado, se cancelará(n) lo(s) Contrato(s) de seguro mas recientes, hasta que la totalidad de sumas aseguradas sea igual o inferior al Limite Máximo por Asegurado. En este evento no procederá pago de indemnización por siniestro respecto de los Contratos cancelados y el Asegurado o Beneficiario(s) sólo tendrán derecho al reembolso de las primas que se hubieran pagado respecto de los seguros que se cancelen en un plazo máximo de 5(cinco) días hábiles.

11.21 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 2(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.

11.22 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 comunique por escrito su voluntad de no renovar, lo cual deberán hacerlo con un mínimo de 30(treinta) días 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.

11.23 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.

11.24 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 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.

11.25 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.

11.26 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 más 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% (setenta por ciento) de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagado durante el último año de vigencia de la póliza.

11.27 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 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

12. INFORME (CIRCULAR S-8.3.2).

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

13. COLOCACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA (ARTÍCULO 36 E).

El presente Contrato de seguro podrá contratarse por cualquier medio electrónico, ya a través de la página Web, Cajeros Automáticos de la Institución Financiera y/o vía telefónica.

En este caso, la determinación de la prima se hará de acuerdo con la información específica que proceda, dependiendo del seguro de que se trate, proporcionada a la Compañía por el medio electrónico empleado.

Los pagos de seguros contratados bajo esta modalidad, sólo podrán hacerse mediante cargos a cuenta de cheques, tarjetas de crédito o tarjetas de débito de la Institución Financiera, cuya identidad se encuentra reconocida por la misma, por lo que el Contratante y/o Asegurado otorgan su voluntad y conformidad con el presente Contrato de seguro, en los términos de las presentes condiciones generales, que por esa misma vía ha consultado, al introducir en la pantalla respectiva la información solicitada de la cuenta o tarjeta. Asimismo, la Compañía se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos.

El uso de los medios de identificación que se establecen en el párrafo anterior, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

En este supuesto de contratación, la Compañía, al aceptar la propuesta del Contratante y/o Asegurado, proporcionará un número de identificación de la operación con la que se perfecciona el presente Contrato.

14. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CIRCULAR S-25.5).

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

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

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

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

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

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

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

15. TRASCRIPTIÓN 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 GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

Artículo 36-E.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

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

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

III.- Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que en su caso, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en Moneda Nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en Moneda Nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

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

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

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento

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

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

LEY FEDERAL DEL TRABAJO.

Artículo 47.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador;

II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;

III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo;

- IV.** Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;
- V.** Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;
- VI.** Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio;
- VII.** Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él;
- VIII.** Cometer el trabajador actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo;
- IX.** Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;
- X.** Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;
- XI.** Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;
- XII.** Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;
- XIII.** Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico;
- XIV.** La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo; y
- XV.** Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere.

El patrón deberá dar al trabajador aviso escrito de la fecha y causa o causas de la rescisión.

El aviso deberá hacerse del conocimiento del trabajador, y en caso de que éste se negare a recibirlo, el patrón dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la rescisión, deberá hacerlo del conocimiento de la Junta respectiva, proporcionando a ésta el domicilio que tenga registrado y solicitando su notificación al trabajador.

La falta de aviso al trabajador o a la Junta, por sí sola bastará para considerar que el despido fue injustificado.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma 359, piso 8, Col. Cuauhtémoc, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número PPAQ-S0077-0025-2010 de fecha 12 de noviembre de 2010.