

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Contratante</b> _____<br>_____ | <b>Consentimiento No.</b> _____<br><b>Poliza No.</b> _____<br><b>Categoría</b> _____ |
|-----------------------------------|--|

**DATOS DEL INTEGRANTE**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nombre(s), Apellido paterno, Apellido Materno</b> | <b>Sexo</b><br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
|--|---|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| <b>Empleado No.</b> | <b>Ocupación</b> |
|---------------------|------------------|

**Descripción de la ocupación** (incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos)

|   |           |           |           |
|---|-----------|-----------|-----------|
| <b>Fecha de Nacimiento:</b>                             | Día _____ | Mes _____ | Año _____ |
| <b>Fecha de ingreso al Grupo Asegurado:</b>             | Día _____ | Mes _____ | Año _____ |
| <b>Fecha de inicio de vigencia del Consentimiento:</b>  | Día _____ | Mes _____ | Año _____ |
| <b>Fecha de término de vigencia del Consentimiento:</b> | Día _____ | Mes _____ | Año _____ |
| <b>Fecha de inicio de Vigencia de la Póliza:</b>        | Día _____ | Mes _____ | Año _____ |
| <b>Fecha de término de Vigencia de la Póliza:</b>       | Día _____ | Mes _____ | Año _____ |

|   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| <b>Tipo de Afiliación:</b> Por prestación laboral | <b>Suma Asegurada:</b> | <b>Moneda:</b> |
|---|------------------------|----------------|

**PLAN CONTRATADO**

|   |   |
|---|---|
| <b>Plan Básico</b> <input type="checkbox"/><br>Fallecimiento<br>Muerte Accidental<br>Asistencia Funeraria | <b>Plan Amplio</b> <input type="checkbox"/><br>Fallecimiento<br>Muerte Accidental<br>Invalidez Total y Permanente<br>Asistencia Funeraria |
|---|---|

**BENEFICIARIOS**

**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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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 cede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

| Nombre (completo): | Parentesco | Fecha de Nacimiento | % de participación |
|--------------------|------------|---------------------|--------------------|
|                    |            |                     |                    |
|                    |            |                     |                    |
|                    |            |                     |                    |

El Integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la suma asegurada contratada por fallecimiento a la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento quedando liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El contratante podrá ser el beneficiario de la suma asegurada contratada, de conformidad con el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidente y Enfermedades, esto cuando el objeto del seguro sea:

- I. Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del contratante.
- II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- III. Resarcir al contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Seguro de Grupo PyME que el contratante ha solicitado a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC y AXA Seguros, S.A. de C.V. de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza. Tengo conocimiento que para ingresar al seguro debo ser parte del Grupo Asegurado y adquirir las características de asegurabilidad para formar parte del mismo.

**De conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, al marcar la casilla siguiente, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines de este contrato de seguro.**

**Adicional, en caso de seleccionar la casilla siguiente se entenderá que usted otorga su consentimiento para recibir de AXA Seguros, S.A. de C.V. información con fines de publicidad.**

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente: HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%.

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V. llamando al teléfono: 01800 280 1212.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

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 seguros, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de marzo de 2014, con el número CNSF-S0077-0168-2014/ CONDUSEF 001567-01 y CNSF-S0048-0312-2014 /CONDUSEF 001549-01 de 15 de mayo de 2014, correspondientes a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC y AXA Seguros, S.A. de C.V. respectivamente.

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Compañía.

---

**Firma y Sello del Contratante**

**HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC**  
Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc,  
Código Postal 06500, Ciudad de México. Tel. 57213322

---

**Firma del Integrante del Grupo Asegurado**

**AXA Seguros S.A. de C. V.**  
Félix Cuevas 366, Piso 6, Tlacoquemécatl  
Código Postal 03200, Ciudad de México. Teléfono 51691000