

DEFINICIONES

Para efectos de este contrato, se entiende por:

Proponente.- Persona moral que solicita la celebración del contrato de seguro.

Contratante.- Persona moral que ha celebrado con la Compañía el contrato de seguro.

Compañía.- HSBC Vida, S.A. de C.V.

Cliente del Contratante o Acreditado.- Persona física que tiene celebrada una operación activa, pasiva o de servicios con el Contratante como titular principal, incluyendo en su caso una operación de crédito en virtud de la cual tiene o puede tener adeudos para con dicho Contratante.

Deudor Solidario o Coacreditado.- Persona física, que conjunta y solidariamente con el Acreditado, se responsabiliza ante el Contratante, del cumplimiento de las obligaciones derivadas del crédito otorgado por dicho Contratante al Acreditado.

Colectividad Asegurable.- Grupo de individuos sobre los que se hace la oferta del seguro.

Colectividad Asegurada.- Colectividad de Asegurados que han cumplido con los requisitos que se establecen para ser asegurados al amparo de este contrato y que han otorgado su consentimiento para ello.

Asegurado.- Individuos que forman parte de la Colectividad Asegurada y que reúnen los requisitos para ser asegurados al amparo de este contrato.

Colectividad de la Operación o Colectividad Deudora.- Colectividad formada con relación a una misma operación o crédito, por el Acreditado y en su caso el(los)Deudor(es) Solidario(s).

Estos se identificarán en cuatro tipos de Colectividad Deudora:

Colectividad Deudora A: Acreditado sin Coacreditado o Deudor Solidario

Colectividad Deudora B: Acreditado con un Deudor Solidario

Colectividad Deudora C: Acreditado con dos Deudores Solidarios

Colectividad Deudora D: Acreditado con tres Deudores Solidarios

Segmento.- Conjunto de Colectividades Deudoras o Colectividades de Operación del mismo tipo.

Beneficiario.- Persona 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, cuando el objeto del contrato sea garantizar el pago de adeudos al Contratante o créditos concedidos al Asegurado por el Contratante.

En caso de existir remanente de la Suma Asegurada una vez hecho el pago al Contratante, es Beneficiario el que designe el Asegurado en el Consentimiento Individual correspondiente o con posterioridad.

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 Beneficiario corresponderá al que se indica líneas arriba en la presente definición.

Accidente: Toda 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.

Enfermedad: Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales.

Banco Emisor.- Institución de Crédito emitente de Tarjeta(s) de crédito o débito, con base en un contrato de apertura de crédito o de depósito celebrado con el Asegurado.

Suma Asegurada.- Es la cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía para cada Colectividad Deudora, en caso de ocurrir un siniestro.

La regla para determinar la Suma Asegurada se especifica en la carátula de la póliza.

En las coberturas Proporcional por fallecimiento y Proporcional por fallecimiento o invalidez total y permanente se hace alusión al concepto Suma Asegurada Proporcional, el cual se refiere a:

- a) La cantidad resultante de dividir la Suma Asegurada entre el número de integrantes de la Colectividad Deudora, o
- b) La cantidad a indemnizar calculada en función a la porción de ingreso comprobados por el Asegurado con respecto al total demostrado a la contratación del crédito.

Respecto de cada Asegurado en lo particular, la Suma Asegurada será la Suma Asegurada Proporcional establecida en el Certificado Individual respectivo.

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

Para la determinación de un estado de Invalidez Total y Permanente se requerirá que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo de espera no menor al estipulado en la carátula de la póliza o en su defecto de 6 meses, contado a partir de que fue determinada.

HSBC Vida, S.A. de C.V., Paseo de la Reforma 359, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 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 CNSF-S0085-0375-2008 de fecha 5 de Diciembre de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

Para poder decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que la enfermedad, padecimiento o pérdida no sea susceptible de ser curado o subsanado utilizando los conocimientos y avances científicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro.

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, 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, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, 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, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

- 1.- La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos.
- 2.- La pérdida de ambas manos o de ambos pies.
- 3.- La pérdida de una mano y un pie.
- 4.- La pérdida de una mano y la vista de un ojo.
- 5.- La pérdida de un pie y la vista de un ojo.

En estos casos no se aplicará el período de espera.

COBERTURAS, CONDICIONES PARTICULARES Y EXCLUSIONES.

A. COBERTURA PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO.

La Compañía pagará al Beneficiario que corresponda la Suma Asegurada Proporcional en vigor de esta cobertura, indicada en el Certificado Individual respectivo, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado correspondiente, cancelándose dicho Certificado Individual y dejando de pertenecer el citado Asegurado a la Colectividad Deudora.

B. COBERTURA PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

La Compañía pagará al Beneficiario que corresponda la Suma Asegurada Proporcional en vigor de esta cobertura, indicada en el Certificado Individual respectivo, al ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado correspondiente, cancelándose dicho Certificado Individual y dejando de pertenecer el citado Asegurado a la Colectividad Deudora.

C. COBERTURA NO PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO.

La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada en vigor para esta cobertura indicada en el Certificado Individual respectivo, en caso de ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los integrantes de la Colectividad Deudora.

Con el pago de dicha indemnización, quedará cancelada la cobertura para los integrantes sobrevivientes de la Colectividad Deudora.

D. COBERTURA NO PROPORCIONAL POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada en vigor para esta cobertura indicada en el Certificado Individual respectivo, en caso de ocurrir el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente de cualquiera de los integrantes de la Colectividad Deudora.

Con el pago de dicha indemnización, quedará cancelada la cobertura para el resto de los integrantes de la Colectividad Deudora.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo estipulado en el Capítulo de Definiciones, que forma parte integrante de esta póliza.

E. EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Las coberturas por Invalidez Total y Permanente (proporcionales y no proporcionales) no cubren y expresamente excluyen el estado de Invalidez Total y Permanente que sufra el Asegurado:

1. Originado por participar el Asegurado en:**a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.**

- b. **Actos delictivos de carácter intencional, en los que participe directamente el Asegurado.**
 - c. **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.**
 - d. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - e. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.**
 - f. **Riña, cuando el Asegurado la haya provocado.**
 - g. **Motociclismo.**
- 2. **Durante los dos primeros años de haber estado continuamente asegurados, intento de suicidio, lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado.**
 - 3. **Por envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
 - 4. **Provocado por culpa grave del Asegurado. Entre otras causas, se considera culpa grave del Asegurado cualquier estado de Invalidez Total y Permanente que sea consecuencia de encontrarse dicho Asegurado en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.**
 - 5. **Por padecer el Asegurado Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
 - 6. **A causa de enfermedades preexistentes entendiéndose por éstas aquellas que se hubieran manifestado antes de la incorporación del Asegurado a la Colectividad Asegurada, que hubieran sido diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista o las que por sus síntomas no pudieran pasar desapercibidas.**
 - 7. **Lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas.**
- F. CANCELACIÓN DE LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**

Para cada Asegurado las coberturas de invalidez total y permanente se cancelarán automáticamente en el aniversario de la póliza en la que la edad cumplida del Asegurado sea la estipulada en la carátula de la póliza, o en su defecto será de 65 años.

G. COBERTURAS DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

COBERTURAS PARA PLANES VOLUNTARIOS Y PLANES DE APLICACIÓN GENERAL A TODOS LOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD.

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

Para efectos de la Cobertura de Desempleo y la Cobertura de Invalidez Temporal Total, se entiende por:

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.

Invalidez Temporal Total: Es el estado de invalidez total que sufre el Asegurado, a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad, 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.

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.

Hospital: Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal y de las autoridades de salud respectivas.

Padecimiento Preexistente: Cualquier padecimiento que sufra el Asegurado, que exista con fecha anterior a la incorporación del Asegurado respectivo a la Colectividad Asegurada, que:

- a) Por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido; o
- b) Fue aparente a la vista; o
- c) Fue diagnosticado por un médico.

Plazo Máximo de Responsabilidad: Es el periodo de tiempo máximo durante el cual la Compañía se responsabiliza a indemnizar por siniestros amparados por las coberturas de Desempleo o Invalidez Temporal Total, respecto del Asegurado. El Plazo Máximo de Responsabilidad será el establecido en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Importe Máximo de Responsabilidad: Es la cantidad que en suma y como máximo la Compañía está obligada a pagar respecto del Asegurado, por virtud de las coberturas de Desempleo o Invalidez Temporal Total, considerando todos los siniestros por cualesquiera de dichas 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.

Periodo de Carencia: Es el periodo de tiempo que debe transcurrir desde el inicio de incorporación del Asegurado a la Colectividad Asegurada, durante el cual el Asegurado no estará amparado. El Periodo de Carencia es el especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente o en su defecto se entenderá de 2 (dos) meses. El Periodo de Carencia aplicará exclusivamente a la cobertura de Desempleo y deberá cumplirse al ingresar el Asegurado a la Colectividad Asegurada y en su caso, cada vez que el Asegurado reingrese a la misma.

Periodo de Eliminación: Se define como el período inmediato posterior a la pérdida del empleo o a la invalidez temporal total, que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista el estado de Desempleo o Invalidez Temporal Total, mismo que será el estipulado en la póliza y/o el Certificado Individual respectivo.

El Periodo de Eliminación será de 30 (treinta) días naturales en el caso de Invalidez Temporal Total por Enfermedad o Desempleo. El Periodo de Eliminación no aplicará en caso de Invalidez Temporal Total a consecuencia de un Accidente.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO.

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, 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 y hasta una suma no superior al Importe Máximo de Responsabilidad.

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:

- a) Ser persona física.

- b) 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.
- c) Hayan estado sujetos a una o más relaciones de trabajo, de manera ininterrumpida, al menos los 12 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.

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.

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 Carencia. 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 o huelgas.**
- 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 (ej. Profesionistas, comerciantes independientes y autoempleados).**

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

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

Sí como consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad y dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha de dicho Accidente o de la detección de la citada Enfermedad, el Asegurado sufriera un estado de Invalidez Temporal Total, la Compañía pagará al Beneficiario, 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.

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 (ej. 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.

COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

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 indubitavelmente 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.

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:**
 - 1. **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.**
 - 2. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - 3. **Conducir o transportarse en motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**
 - 4. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la practica profesional de cualquier deporte.**
- e) **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.

INDEMNIZACIÓN PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

Si el Asegurado sufre un estado de Desempleo o de Invalidez Temporal Total cubierto por las coberturas de Desempleo o Invalidez Temporal Total, la Compañía pagará al Beneficiario, una vez transcurrido el Periodo de Eliminación, la Indemnización Mensual estipulada en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual, hasta el vencimiento del Plazo Máximo de Responsabilidad y hasta una suma no superior al Importe Máximo de Responsabilidad.

La responsabilidad de la Compañía por períodos menores a un mes se pagará a razón de un treintavo (1/30) de la Indemnización Mensual aplicable, por cada día que el Asegurado permanezca desempleado o con Invalidez Temporal Total.

El Asegurado se obliga a notificar de forma inmediata a la Compañía la obtención de un empleo de cualquier tipo que origine la suspensión del pago del beneficio. Está obligación permanece incluso si el tipo de trabajo del Asegurado fuere por tiempo u obra determinada y al término de dicho tiempo u obra volviere a quedar desempleado el Asegurado, el Beneficiario tendrá derecho a continuar recibiendo la Indemnización Mensual, a partir de que el Asegurado quede nuevamente desempleado. Conforme a lo anterior, no procederá pago de indemnización en el tiempo en que el Asegurado tuviere un empleo de cualquier tipo.

Así también el Asegurado se obliga a notificar de inmediato la terminación del estado de Invalidez Temporal Total que en su caso hubiera originado el pago de indemnización.

REINSTALACIÓN DE LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL.

En caso de que se agote el Plazo Máximo de Responsabilidad, deberá transcurrir por lo menos seis meses a partir del último pago de indemnización realizado, para reinstalar las coberturas de Desempleo o Invalidez Temporal Total, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente. Se podrán realizar como máximo un total de 2 (dos) reinstalaciones.

COBERTURA DE ASALTO EN CAJERO.**DEFINICIONES PARA LA COBERTURA DE ASALTO EN CAJERO.**

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.

Días de deducible: Es el número de días estipulados en la carátula de la póliza por los cuales el beneficiario no tiene derecho a pago del beneficio de renta diaria por hospitalización. Este número corresponde a los primeros 3 días de la “hospitalización cubierta” y se indica en la carátula de la póliza.

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

Hospitalización Cubierta: Es la reclusión del Asegurado en un hospital, por al menos 24 horas en exceso de los días de deducible, requerida por las alteraciones fisiológicas que resulten a consecuencia de un “Asalto Cubierto”.

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: Es la tarjeta expedida por el Banco Emisor al Asegurado, que le permite a éste, entre otros, tener acceso y 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 minutos después.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE ASALTO EN CAJERO.

Esta cobertura ofrece protección integral en los 3 (tres) rubros descritos a continuación:

A) Muerte Accidental por Asalto en Cajero.

Si como consecuencia directa de un "Accidente Cubierto" el Asegurado fallece dentro de

HSBC Vida, S.A. de C.V., Paseo de la Reforma 359, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 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 CNSF-S0085-0375-2008 de fecha 5 de Diciembre de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

los 90 días siguientes a tal incidente, la Compañía pagará al beneficiario la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio.

B) 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 el monto del retiro realizado, que no excederá a la Suma Asegurada máxima establecida en la carátula de la póliza.

C) Renta diaria por hospitalización.

En caso de “hospitalización cubierta”, la Compañía reembolsará al beneficiario un monto equivalente a la renta diaria estipulada en la carátula de la póliza multiplicada por el número de días de hospitalización con máximo de 30 días en total, sujeto a un deducible de 3 días.

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:

- 1. Por causa de la utilización de una Tarjeta que le haya sido hurtada, o una Tarjeta que hubiese perdido el Asegurado.**
- 2. Por causa de la utilización de una Tarjeta robada en circunstancias diferentes a las de un asalto cubierto.**
- 3. Cuando la Tarjeta estuviera en poder de personas ajenas al tarjeta - habiente y las extracciones se realizaran sin su consentimiento.**
- 4. 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.**
- 5. Cualquier siniestro posterior, una vez agotada la suma que corresponda al equivalente de la suma asegurada máxima por tarjeta - habiente por el año póliza.**
- 6. Cuando familiares del Asegurado hasta el cuarto grado de consanguinidad participen en el siniestro como autores o cómplices.**
- 7. Pérdida resultante de la entrega del efectivo para intercambiar o adquirir algún bien o servicio.**
- 8. Daños de cualquier tipo por los que el Asegurado sea legalmente responsable.**

9. Todos los cargos, costos y gastos incurridos por el Asegurado

- a). Para establecer la existencia o el monto de una pérdida cubierta por esta póliza.
- b). Como parte de cualquier procedimiento legal, sea o no que tal procedimiento sea consecuencia de una pérdida cubierta.

10. Cualquier pérdida consecuencial de cualquier naturaleza que no este expresamente cubierta.

11. Pérdida resultante de cualquier desaparición misteriosa e inexplicable del efectivo.

12. 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 emitente de dicha Tarjeta.

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

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.

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.

B) Tramitación legal administrativa ante el servicio médico forense, en caso de que en el “asalto cubierto” se haya producido la muerte del Asegurado.

La Compañía sufragará todos los honorarios, derechos, gratificaciones y demás gastos que deban erogarse en esta instancia.

C) Tramitación y obtención del certificado médico y acta de defunción, en su caso.

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

D) 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.

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.

E) 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.

F) 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 vez al año y podrán ser solicitados a la compañía las 24 horas de los 365 días del año de cualquier lugar de la República Mexicana.

G) 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.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL POR ASALTO EN CAJERO.

Quedan excluidos todo tipo de gastos, tramites o asesoría no mencionados en la descripción de cobertura dada líneas arriba en este numeral.

CLAUSULAS GENERALES**CONTRATO**

Estas Condiciones Generales, las condiciones particulares, la solicitud del seguro, la póliza, las cláusulas adicionales, el Registro de Asegurados, los Consentimientos Individuales, los Certificados Individuales y los endosos que se agreguen constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre la Compañía el Contratante.

VIGENCIA

La vigencia de este contrato inicia y termina en las fechas estipuladas en la carátula de la póliza.

RENOVACIÓN

Al término de la vigencia el seguro podrá ser renovado, siempre y cuando dentro de los 30 días anteriores a la terminación, alguna de las partes no da aviso a la otra de su voluntad de no renovarla.

En cada fecha de renovación, la Compañía se reserva el derecho de modificar las primas para todos los integrantes de la Colectividad Asegurada, en concordancia con la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CONTENIDO DE LA PÓLIZA

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

MODIFICACIONES

Las condiciones generales y particulares de la póliza y los endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CAMBIO DE CONTRATANTE

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o género de vida de el(los) Asegurado(s), posterior a la fecha de su incorporación a la Colectividad Asegurada.

REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un Registro de Asegurados.

ALTAS

La cobertura se iniciará desde el momento en que la persona respectiva sea incorporada a la Colectividad Asegurada, por ser elegible para el seguro en los términos pactados.

BAJAS

Causarán baja de esta póliza la(s) persona(s) que haya(n) dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada y los Beneficios y coberturas para ellas cesarán desde el momento de la separación.

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.

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.

PRIMA

En caso de acordarse en la carátula de la Póliza el pago de la prima en parcialidades mensuales, la prima de esta póliza que debe cubrirse mensualmente, será igual a la Suma Asegurada Global que mensualmente reporte el Contratante al principio de cada mes, multiplicando por la cuota promedio mensual, que aparece en la carátula de esta póliza.

La Compañía podrá ajustar la prima en cada aniversario de la póliza de acuerdo con la estructura de edades de la Colectividad Asegurada y la Participación de Utilidades pactada.

PAGO DE PRIMA

La prima vencerá mensualmente en el día estipulado en la carátula de la póliza.

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

La obligación del pago de primas será del Contratante.

LUGAR DE PAGO

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo expedido por la misma.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

El Contratante y los Asegurados, en la proporción con que contribuyan al pago de la prima, participarán anualmente en las utilidades que obtenga la Compañía en la cartera de pólizas del tipo de Seguro al que corresponde el presente contrato, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La participación en las utilidades se podrá otorgar con base en la experiencia propia individual de la Colectividad Asegurada, o con base en la experiencia general de la cartera.

Para que dicha participación se otorgue con base a la experiencia propia, el solicitante deberá asentarlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento, siempre y cuando la colectividad cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto. Si no existe esta petición la colectividad será incluida en la experiencia general de la cartera.

Igualmente deberá solicitarlo por escrito y con un año de anticipación a la fecha de reparto, cuando desee que se le cambie la experiencia aplicada.

Bajo la modalidad de experiencia propia, se podrá establecer de común acuerdo, que el periodo de cálculo de dicha participación sea anual, semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso se deberá considerar la prima devengada y la siniestralidad ocurrida en cada periodo. Si la siniestralidad del periodo de cálculo sufre alguna desviación, la Compañía tendrá derecho a ajustar la pérdida en periodos posteriores dentro del mismo año póliza, hasta por el máximo que resulte de aplicar la fórmula de dividendos que se señala en la carátula de esta póliza, y en su caso, a la recuperación inmediata de cualquier dividendo pagado con anterioridad, sin aplicar interés alguno a dicha recuperación.

Cuando ya se hayan pagado los dividendos completos correspondientes a una vigencia y se presente cualquier otra reclamación por siniestros ocurridos durante dicha vigencia y en caso de que el siniestro proceda, la Compañía realizará una revisión de los dividendos pagados y de ser el caso, se realizará la recuperación del monto que corresponda hasta por la cantidad igual a la(s) Suma(s) Asegurada(s) reclamada(s) con tope del dividendo pagado en la vigencia correspondiente. El Contratante deberá efectuar dicha devolución en un plazo no mayor a 30 días naturales.

Esta cláusula de Participación de Utilidades será aplicable, siempre y cuando, en la carátula de la Póliza se estipule expresamente la procedencia de la participación en las utilidades.

HSBC Vida, S.A. de C.V., Paseo de la Reforma 359, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 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 CNSF-S0085-0375-2008 de fecha 5 de Diciembre de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

EDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

LIMITES 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:

18 años como mínimo y 65 años como máximo para las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente.

18 años como mínimo y 59 años como máximo para las coberturas de Desempleo o Invalidez Temporal Total.

HSBC Vida, S.A. de C.V., Paseo de la Reforma 359, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 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 CNSF-S0085-0375-2008 de fecha 5 de Diciembre de 2008 y RESP-S0085-0010-2009 de fecha 19 de Abril de 2010.

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.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante, los Asegurados y los Beneficiarios están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

AVISO DE SINIESTRO

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este seguro, el Asegurado y en su caso los Beneficiarios tendrán la obligación de comunicarlo por escrito a la Compañía, a más tardar dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a partir del momento en que tenga conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darse tan pronto cese uno u otro.

En caso de un siniestro de la Cobertura de Desempleo, el Asegurado deberá presentar de manera inicial a la Compañía, la siguiente información y documentación:

- a) Escrito de Reclamación que comunique de manera inmediata el estado de desempleo del Asegurado.
- b) Copia de identificación del Asegurado.
- c) Copia certificada de la liquidación y/o laudo arbitral de la Junta de Conciliación y Arbitraje.
- d) Copia certificada del alta y baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social o ante el Instituto de Seguridad Social que corresponda.
- e) Copia del contrato de trabajo.

En caso de siniestro de la Cobertura de Invalidez Temporal Total, el Asegurado deberá presentar de manera inicial a la Compañía, la siguiente información y documentación:

- a) Escrito de Reclamación que comunique de manera inmediata el estado de Invalidez Temporal Total del Asegurado.

- b) Identificación oficial del Asegurado.
- c) Copia certificada del Dictamen de Invalidez del IMSS o del Instituto de Seguridad Social que corresponda. En caso de dictamen emitido por Médico Particular será necesaria la historia clínica completa.
- d) Última declaración de pagos provisionales y anuales.
- e) Cuando las causas del siniestro sean violentas, será necesario presentar copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público completas.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO.

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.

DISPUTABILIDAD

Este contrato, será disputable dentro de los dos primeros años de su vigencia, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Asegurado para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

SUICIDIO

La Compañía quedará liberada de toda obligación de pago, en caso de que la muerte del Asegurado ocurra por suicidio dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente asegurado cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, reembolsando únicamente la reserva matemática que corresponda, respecto del miembro de la colectividad asegurada, al que corresponde el certificado.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará al Beneficiario la indemnización que proceda y le corresponda en términos del Certificado Individual correspondiente, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas, información y documentación solicitadas y requeridas para sustentar la procedencia de la reclamación.

PAGOS IMPROCEDENTES

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio o por cualquier otra causa justificada, obliga al Beneficiario a reintegrar de inmediato el pago hecho por la Compañía.

INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporten plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con el pago de la 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.

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 a la fecha del pago respectivo.

En caso que la póliza se haya contratado en moneda extranjera o en Unidades de Inversión (UDI's), la cuantía de las indemnizaciones que efectúe la Compañía y los pagos que realice el Contratante, se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional, con base en el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación para pólizas contratadas en moneda extranjera y en el valor de la UDI publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación para pólizas contratadas en UDI's, vigente a la fecha en que se haga el pago correspondiente.

INFORMACION (CIRCULAR S-8.3.2)

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

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de la Compañía en su domicilio. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado o a sus beneficiarios o causahabientes, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

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

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

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.

CLÁUSULA CONTRACTUAL. (Circular S-25.5)

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

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

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

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

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

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

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