

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

Seguro de Vida Grupo Empleados.

FECHA

10/03/2014

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

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

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

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

INDICE	PÁGINA
1. OBJETIVO.....	4
2. DEFINICIONES.....	4
3. COBERTURAS, CONDICIONES PARTICULARES Y EXCLUSIONES.....	5
3.1 COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO.....	5
3.2 COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE.....	5
3.2.1 MUERTE ACCIDENTAL (MA).....	5
3.2.2 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO).....	5
3.2.3 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA (MACO).....	6
3.2.4 EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES.....	7
3.2.5 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DE ACCIDENTES.....	7
3.3 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	8
3.3.1 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI).....	8
3.3.2 PRUEBAS.....	8
3.3.3 EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	8
3.3.4 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ.....	9
4. CLAUSULAS GENERALES.....	9
4.1 CONTRATO.....	9
4.2 VIGENCIA.....	9
4.3 RENOVACIÓN.....	9
4.4 CONTENIDO DE LA PÓLIZA.....	9
4.5 MODIFICACIONES.....	9
4.6 CAMBIO DE CONTRATANTE.....	9
4.7 CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	10
4.8 SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SIMPLIFICADO.....	10
4.9 REGISTRO DE ASEGURADOS.....	10
4.10 ALTAS.....	10
4.11 BAJAS.....	11
4.12 REPORTE DE MOVIMIENTOS.....	11
4.13 PRIMA.....	11
4.14 EXTRAPRIMA.....	11
4.15 PAGO DE PRIMA.....	11
4.16 PERIODICIDAD DE PAGO DE PRIMA.....	12
4.17 LUGAR DE PAGO.....	12
4.18 AJUSTE.....	12
4.19 PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	12
4.20 EDAD.....	13
4.21 LIMITES DE EDAD.....	13
4.22 AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.....	14
4.23 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	14
4.24 AVISO DE SINIESTRO.....	14
4.25 COMPROBACIÓN DE SINIESTRO.....	14
4.26 DISPUTABILIDAD.....	15
4.27 SUICIDIO.....	15
4.28 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.....	15
4.29 PAGOS IMPROCEDENTES.....	15
4.30 INTERÉS MORATORIO.....	15
4.31 MONEDA.....	16
4.32 INFORMACIÓN (CAPÍTULO 4.5.2. DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).....	16

4.33 COMUNICACIONES.....	16
4.34 COMPETENCIA.....	16
4.35 PRESCRIPCIÓN.....	17
5. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CAPÍTULO 4.11 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).....	17
6. TRASCRIPTIÓN DE LOS ARTICULOS MENCIONADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES.....	17

1. OBJETIVO.

Con el presente Contrato de seguro, la Compañía se obliga mediante el pago de la Prima a pagar la Suma Asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza al verificarse la eventualidad prevista en el presente contrato.

Este seguro está orientado a grupos de personas que mantienen una relación laboral con el contratante y que reciben la cobertura de seguro como una prestación laboral.

2. DEFINICIONES.

Para efectos de este contrato, se entiende por:

- **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.
- **Asegurado:** Individuos que forman parte del Grupo Asegurado y que reúnen los requisitos para ser asegurados al amparo de este contrato.
- **Beneficiarios:** 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.
- **Compañía:** HSBC Seguros , S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC.
- **Contratante:** La persona moral o física que ha celebrado con la Compañía el contrato de seguro.
- **Grupo Asegurable:** Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro y cuyas características se establecen en la carátula de la póliza.
- **Grupo Asegurado:** Los integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.
- **Invalidez Total y Permanente:** La Incapacidad Total y Permanente que sufra el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o un accidente que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza; o
- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, o una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se tomará en cuenta el periodo de espera.
- **Pérdida Orgánica:** Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total.

Por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

- **Proponente:** La persona moral o física que solicita la celebración del contrato de seguro.
- **Suma Asegurada:** Es la cantidad pactada por el contratante para cada cobertura y estará expresada en función a una regla de suma asegurada expresada en números de salarios del asegurado. La regla para determinar la Suma Asegurada se especifica en la carátula de la póliza.

3. COBERTURAS, CONDICIONES PARTICULARES Y EXCLUSIONES.

3.1 COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO.

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios designados, si ocurre el fallecimiento del Asegurado encontrándose en vigor la Póliza y el Certificado Individual del Seguro.

3.2 COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE.

3.2.1 MUERTE ACCIDENTAL (MA).

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios designados, si ocurre el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. La Póliza y el Certificado Individual de Seguro se encuentren en vigor al ocurrir el Accidente.
- b. El fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente.

3.2.2 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO).

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada vigente de esta cobertura, si el Asegurado fallece o sufre Pérdidas Orgánicas como consecuencia de un Accidente, de acuerdo con la tabla de indemnizaciones especificada a continuación:

La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. La Póliza y el Certificado Individual de Seguro se encuentren en vigor al ocurrir el accidente.

- b. El fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La indemnización en caso de fallecimiento se pagará a los beneficiarios designados y la correspondiente a pérdidas orgánicas se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

3.2.3 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA (MACO).

Indemnización Básica para esta cobertura: la Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada vigente de esta cobertura, si el Asegurado fallece o sufre Pérdidas Orgánicas como consecuencia de un Accidente, de acuerdo con la tabla de indemnizaciones especificada a continuación:

La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La Compañía pagará un 100% adicional de la indemnización básica para esta cobertura, si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridas por el Asegurado:

- a. Al accidentarse el vehículo en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b. Al accidentarse el ascensor en el que viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público.
- c. Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.
- d. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio
- e. La Póliza y el Certificado Individual de Seguro se encuentren en vigor al ocurrir el accidente.
- f. El fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

El pago de la indemnización se pagara:

- a. La indemnización en caso de fallecimiento se pagará a los beneficiarios designados y la correspondiente a pérdidas orgánicas se hará al propio Asegurado.

- b. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

3.2.4 EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES.

Las coberturas por Accidente no amparan:

- a. Accidentes por participación del Asegurado en:
- Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - Actos delictivos de carácter intencional.
 - 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 profesional de cualquier deporte.
 - En riña cuando él la haya provocado.
 - Motociclismo.
- b. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, 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 resultantes de imprudencia del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes, 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. Complicaciones que se manifiesten 90 días después de ocurrido el accidente.

3.2.5 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DE ACCIDENTES

Para cada Asegurado esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a. En el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

3.3 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**3.3.1 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)**

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente mientras esta Póliza y el Certificado Individual de Seguro se encuentren en vigor, la Compañía le pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura.

El pago se efectuará, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente haya permanecido por el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha en que se presente la invalidez.

Este periodo no se considerará cuando se trate de Pérdidas Orgánicas.

3.3.2 PRUEBAS

La comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente será por cuenta del Asegurado y de ser el caso someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Compañía le solicite. Ésta podrá cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su Estado de Invalidez Total y Permanente y someterse, en su caso, a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Compañía le solicite. Si este se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el Estado de Invalidez Total y Permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concedan las coberturas correspondientes.

3.3.3 EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

- a. **Estado de Invalidez Total y Permanente originado por participar en:**
 - **Servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
 - **Actos delictivos intencionales, en 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 profesional de cualquier deporte**
 - **Riña, cuando el Asegurado la haya provocado.**
 - **Motociclismo**
- b. **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.**
- c. **Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**

3.3.4 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ.

Para cada Asegurado esta cobertura se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

4. CLAUSULAS GENERALES.**4.1 CONTRATO.**

Estas Condiciones Generales, las condiciones particulares, la solicitud del seguro, la carátula de 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.

4.2 VIGENCIA.

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

4.3 RENOVACIÓN.

Esta póliza será renovada por periodos de un año, mediante endosos a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre y cuando dentro de los 30 días anteriores a la terminación, alguna de las partes no dé 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 del Grupo Asegurado, en concordancia con la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.4 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).

4.5 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.

4.6 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 quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

4.7 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 al Grupo Asegurado.

4.8 SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SIMPLIFICADO.

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

- a. El ingreso al Grupo de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos.
- b. La separación definitiva de Integrantes del Grupo asegurado;
- 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, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

4.9 REGISTRO DE ASEGURADOS.

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un Registro de Asegurados, que contendrá: Nombre; edad o fecha de nacimiento; sexo; suma asegurada o regla para determinarla; fecha de entrada en vigor del seguro para cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguro de que se trate; número de certificado individual y coberturas amparadas.

4.10 ALTAS.

La cobertura se iniciará desde el momento en que la persona respectiva sea incorporada al Grupo Asegurado y cumpla los requisitos al efecto establecidos.

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 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 del Grupo.

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

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se

hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

4.11 BAJAS.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

4.12 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.

4.13 PRIMA.

La prima total del grupo será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada periodo de Seguro.

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

4.14 EXTRAPRIMA.

La Compañía podrá cobrar una extraprima por los siguientes conceptos:

a. Ocupacionales: Se aplicará como base los recargos por tipo de ocupación correspondientes al manual de accidentes personales publicado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (**AMIS**) o el manual del reasegurador, o bien las que pudiera ser las sugeridas según la experiencia del reasegurador y para los casos que la compañía estime convenientes de acuerdo a su experiencia, tomando en cuenta que las primas de tarifa de esta nota técnica cubren las tres primeras clasificaciones de riesgo del manual de la AMIS.

b. Médicas: En aquellos casos que se requiera su aplicación sobre las porciones de suma asegurada que excedan los límites sin pruebas médicas correspondientes a los manuales publicados por los reaseguradores y para los casos que la compañía estime convenientes de acuerdo a su experiencia.

4.15 PAGO DE PRIMA.

La prima vencerá al inicio de cada periodo pactado.

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.

4.16 PERIODICIDAD DE PAGO DE PRIMA.

El contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

Contribución de los Asegurados.

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja a la Compañía.

4.17 LUGAR DE PAGO.

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

4.18 AJUSTE.

En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminución de Beneficios Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha prima a la emisión del siguiente recibo.

Salvo convenio específico, cada vez que se efectúe una alta o una baja que no sea en la fecha de aniversario del contrato, a la prima respectiva se le aplicará la cuota promedio por meses completos, entendiéndose por cuota promedio la que resulte de dividir la Prima Total entre la Suma Asegurada Total.

4.19 PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El Contratante y el Asegurado, en caso de que contribuya al pago de la prima, podrán participar, en la proporción que corresponda, de la utilidad por mortalidad favorable que obtenga la Compañía en la cartera de seguros de grupo de este tipo, sobre las bases registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

De acuerdo a lo anterior la determinación de los Dividendos se podrá realizar conforme a la experiencia global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.

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 otorgará con base en la experiencia general de la cartera.

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.

4.20 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 al Grupo Asegurado o con posterioridad y después de recibirlas hará la anotación correspondiente y 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:

- b. 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.
- c. 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.

4.21 LIMITES DE EDAD.

Los límites de edad para la admisión de Asegurados al Grupo Asegurado 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.

4.22 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.

4.23 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 los 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.

Esta cláusula no aplicará para las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, ya que éstas quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza sin necesidad de llenar el cuestionario médico.

4.24 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.

El Asegurado proporcionará todos los elementos que le sean solicitados por cualquiera de las partes que intervengan en la atención del evento, con la finalidad de integrar debidamente la reclamación.

4.25 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 la cobertura de 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.

4.26 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 Contratante, Asegurado o Beneficiarios para la apreciación del riesgo. Lo anterior será aplicable únicamente para las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubiera adquirido el derecho de formar parte del mismo.

4.27 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 del grupo asegurado al que corresponde el certificado.

4.28 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.

4.29 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.

4.30 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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

4.31 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.

4.32 INFORMACIÓN (CAPÍTULO 4.5.2. DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 Compañía 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.

4.33 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.

4.34 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 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.

4.35 PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en cinco 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 sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por las causas y en los términos establecidos en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5. CLÁUSULA CONTRACTUAL (CAPÍTULO 4.11 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS).

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

Si el seguro se contrató a través de:	Su medio de entrega será:
1.- Sucursales de HSBC México	De manera Personal en la Sucursal de HSBC México

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1.

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 Institución se sujetará a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

❖ **LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

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

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

❖ LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS.

ARTÍCULO 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, 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, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;

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, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y

IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

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.

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará

en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de marzo de 2014, con el número CNSF-S0077-0150-2014.