

SEGURO DE GRUPO PYMES

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

**HSBC VIDA S.A. DE C.V. 63%
Y
AXA SEGUROS, S.A. DE C.V. 37%.**

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

01800 280 1212

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

AXA SEGUROS, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, Piso 6, colonia Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, en la Ciudad de México, Distrito Federal.

INDICE

I.	Objeto del Seguro.....	4
II.	Leyes Aplicables.....	4
III.	Definiciones.....	4
1.	Beneficiario.....	4
2.	Categoría.....	4
3.	Certificado.....	4
4.	Compañía.....	4
5.	Consentimiento.....	4
6.	Contratante.....	4
7.	Dividendo.....	5
8.	Empresa PyME.....	5
9.	Grupo Asegurado.....	5
10.	Integrante o Asegurado.....	5
11.	Periodo de Espera.....	5
12.	Póliza o Contrato de Seguro.....	5
13.	Prima.....	5
14.	Relación de Integrantes.....	5
15.	Siniestro.....	5
16.	Suma Asegurada.....	5
IV.	Descripción del Seguro.....	6
1.	Características del Grupo Asegurado.....	6
2.	Planes de Contratación.....	6
a)	Plan Básico.....	6
b)	Plan Amplio.....	6
3.	Descripción de la Cobertura por Fallecimiento.....	6
a)	Edades de Aceptación.....	6
b)	Edad de Renovación.....	6
4.	Coberturas por Accidente.....	6
a)	Definiciones.....	7
1.	Accidente.....	7
b)	Indemnización por Muerte Accidental (DI).....	7
c)	Exclusiones.....	7
d)	Edades de Aceptación.....	8
e)	Edad de Cancelación.....	8
5.	Descripción de la Cobertura por Invalidez Total y Permanente.....	8
a)	Definición de Invalidez Total y Permanente.....	8
c)	Invalidez Total y Permanente (BITP).....	9
d)	Exclusiones.....	9
e)	Edades de Aceptación.....	10
1.	Para el Grupo Asegurado con relación laboral.....	10
	Los límites mínimo y máximo de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura son 18 (dieciocho) y 60 años de edad, respectivamente.....	10
f)	Edad de Cancelación.....	10
V.	Beneficio Incluido.....	10
1.	Asistencia Funeraria.....	10

VI.	Cláusulas Generales.....	11
1.	Vigencia.....	11
2.	Designación de Beneficiarios.	11
3.	Pago de la Prima.	12
4.	Moneda.....	12
5.	Corrección del Contrato de Seguro.	12
6.	Indisputabilidad.	13
7.	Omisiones o Inexactas Declaraciones.	13
8.	Notificaciones.	13
9.	Cambio de Ocupación.	14
10.	Rehabilitación.	14
11.	Carencia de Restricciones.	14
12.	Suicidio.	14
13.	Comprobación del Siniestro.	15
14.	Verificación de Edad.	15
15.	Pago del Seguro.	15
16.	Intereses Moratorios.....	15
17.	Impuestos.....	16
18.	Prescripción.	16
19.	Competencia.	16
20.	Terminación del Contrato de Seguro.....	17
21.	Revelación de Comisiones.....	17
22.	Prelación.	17
23.	Cláusula Contractual (CAPÍTULO 20.5 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS).....	17
VII.	Procedimientos.	18
1.	Certificados Individuales.....	18
2.	Relación de Integrantes.....	18
3.	Regla para Determinar Suma Asegurada.....	18
4.	Administración de la Póliza.	19
a)	Sistema Normal con Administración de Documentos.....	19
1.	Movimientos Durante la Vigencia del Contrato.....	19
a)	Ingreso en el Grupo Asegurado.	19
b)	Bajas en el Grupo Asegurado.....	19
5.	Modificaciones.....	20
a)	Cambio de Contratante.....	20
b)	Cambio de Forma de Pago de las Primas.....	20
c)	Cambio de Beneficiarios.....	20
6.	Renovación.....	20
VIII.	Artículos Citados.....	21
IX.	Registro	27

**Condiciones Generales
Seguro de Grupo PyMES****I. Objeto del Seguro.**

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la "Relación de Integrantes" de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección de acuerdo al plan elegido, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

II. Leyes Aplicables.

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en: la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades y demás disposiciones que resulten aplicables.

III. Definiciones.

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por:

1. Beneficiario.

Es la persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Integrante, en términos del Contrato de Seguro.

2. Categoría.

El Contratante podrá designar una clasificación para sus Integrantes, en la cual se establecerán las reglas de Suma Asegurada y coberturas particulares aplicables a cada una de estas clasificaciones.

3. Certificado.

Es el documento en el que se hace constar el aseguramiento de cada Integrante, sus datos personales, las coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la fecha de vigencia, la designación de beneficiarios y, en general, los derechos y obligaciones del Integrante y de la Compañía respecto del seguro contratado.

4. Compañía.

HSBC Vida, S.A. de C.V. y AXA Seguros, S.A. de C. V., por operar en la modalidad de coaseguro.

5. Consentimiento.

Documento mediante el cual el Integrante acepta su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

6. Contratante.

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como al cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Integrante de la Póliza. En caso de que el Contratante sea Integrante, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Integrantes de la Póliza.

En caso de que el Contratante sea persona moral, no puede contratar para sí la cobertura por fallecimiento ni coberturas adicionales.

Podrá cambiar la persona del Contratante durante la vigencia de la Póliza; en caso de ser persona física, el Contratante podrá solicitar la continuidad de las coberturas de la Póliza a su favor, para ello deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

7. Dividendo.

Es el monto, que al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, se entrega al Contratante o a los Integrantes del Grupo Asegurado, en la misma proporción en que hayan participado en el pago de la prima, con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos

Este contrato de seguro no otorga Dividendos.

8. Empresa PyME.

Se refiere a todas las micro, pequeñas y medianas empresas, clasificadas bajo los siguientes parámetros:

Clasificación por Número de Trabajadores			
Sector / Tamaño	Industria	Comercio	Servicios
Microempresa	0 - 10	0 - 10	0 - 10
Pequeña Empresa	11 - 50	11 - 30	11 - 50
Mediana Empresa	51 - 250	31 - 100	51 - 100

9. Grupo Asegurado.

Es un conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro y que han dado su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado.

10. Integrante o Asegurado.

Cualquier persona que forma parte del Grupo Asegurado descrita en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos en la Póliza.

El Contratante persona física puede ser Integrante del Grupo Asegurado.

11. Periodo de Espera.

Es el plazo continuo e ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir para que inicie la cobertura de ciertos riesgos.

12. Póliza o Contrato de Seguro.

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante, constituyendo parte del mismo, y constituye prueba de él, las declaraciones del Contratante y/o Integrantes proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro y los Consentimientos; así como los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Integrantes, como son: la carátula de la Póliza, la Relación de Integrantes, Certificados, las condiciones generales, sus endosos y, en su caso, la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

13. Prima.

Es el costo anual del seguro, mediante el cual la Compañía ofrece protección a los Integrantes, basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida del Integrante al momento de la contratación.

14. Relación de Integrantes.

Es el registro de Asegurados, que se imprime en cada Contrato de Seguro.

15. Siniestro.

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización.

16. Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual, el(los) Integrante(s) estará(n) protegido(s) por las coberturas contratadas, incluyéndose

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado, Relación de Integrantes o en los endosos correspondientes.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante.

IV. Descripción del Seguro.

1. Características del Grupo Asegurado.

Son los miembros del Grupo Asegurado que tengan relación laboral con una Empresa PyME.

Además, los Integrantes de cada uno de estos Grupos Asegurados deben reunir los siguientes requisitos:

- a) Que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Compañía.
- b) Que aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza.
- c) No estén afectados por estados de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la Póliza. Podrán ser Asegurados a partir del día siguiente en el que cesen los estados de invalidez total o parcial. Sin embargo, las coberturas contratadas tendrán efecto únicamente por padecimientos diferentes y no debidos a consecuencia de las que originaron el estado de invalidez previo.

2. Planes de Contratación.

a) Plan Básico.

Otorga las siguientes coberturas para cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado: Cobertura por Fallecimiento y Muerte Accidental.

b) Plan Amplio.

Otorga las siguientes coberturas para cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado: Cobertura por Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente y Muerte Accidental.

3. Descripción de la Cobertura por Fallecimiento.

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento de uno o algunos de los Integrantes, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada con base en el plan solicitado por el Contratante que aparece en la carátula de la Póliza, y conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado individual.

a) Edades de Aceptación.

Los límites mínimo y máximo de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura son 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años, respectivamente.

b) Edad de Renovación.

La edad máxima de renovación para el Integrante será hasta los 99 (noventa y nueve) años.

4. Coberturas por Accidente.

En caso de que algún o algunos de los Integrantes sufra un Accidente, la Compañía pagará la indemnización que corresponda y que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, el Certificado respectivo o en los endosos correspondientes.

a) Definiciones.**1. Accidente.**

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Integrante. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Integrante.

b) Indemnización por Muerte Accidental (DI).

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Integrante haya ocurrido por Accidente, haya ocurrido durante el periodo de vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental, serán los específicamente designados por el Integrante en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del Integrante.

c) Exclusiones.

Las coberturas adicionales por Accidente no cubren:

1. Accidentes originados por la participación del Integrante en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante.**
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

2. Por los siguientes eventos:

- a) Enfermedad física o mental.**
- b) Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) Mutilación voluntaria, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- d) Lesiones que por culpa grave se provoque el Integrante, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o**

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

Página 7 de 27

drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.

- e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- f) Fallecimiento que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**

3. Lesiones que se provoque el Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

d) Edades de Aceptación.

Los límites mínimo y máximo de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura es de 18 (dieciocho) y 64 (sesenta y cuatro) años, respectivamente.

e) Edad de Cancelación.

La cobertura Indemnización por Muerte Accidental (DI), se cancelará automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Integrante cumpla la edad de 70 (setenta) años.

La cobertura por Muerte Accidental no se renovará al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de la indemnización cubierta por la misma.

5. Descripción de la Cobertura por Invalidez Total y Permanente.

En caso de que algún o algunos de los Integrantes sufra una Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosos correspondientes.

a) Definición de Invalidez Total y Permanente.

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

- 1.** Para el caso de Integrantes que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como Invalidez Total y Permanente la pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes de una persona a consecuencia de un Accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, para procurarse mediante cualquier actividad remunerada o lucrativa que sea compatible con sus conocimientos y aptitudes una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) de su remuneración comprobable, percibida durante el último año de trabajo por el Integrante.
- 2.** Para el caso en que los Integrantes no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la Invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un Accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.
- 3.** Para los Integrantes que sufran la pérdida absoluta e irreparable como consecuencia de un Accidente o enfermedad de la vista en ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente de un Integrante que esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, el Contratante o Integrante deberá

presentar a la Compañía el dictamen que emita dicha institución de acuerdo a Ley de Seguridad Social que aplique.

Para efectos de los subincisos 1 y 2, el Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente, de un Integrante que no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, comprenderá un plazo de 3 (tres) meses ininterrumpidos, los cuales comenzarán a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia, dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente dentro de la vigencia de la Póliza o de la cobertura. No aplicará Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente para los supuestos establecidos en el subinciso 3.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez, dentro del Periodo de Espera que hace mención en el párrafo anterior, no procederá el pago de la cobertura por Invalidez Total y Permanente.

Adicional al dictamen presentado, el Integrante deberá presentar a la Compañía las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y, en caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Integrante podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional y especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Integrante dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Integrante.

b) Definición de Enfermedad Preexistente.

Lesión o enfermedad, cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este contrato de seguro que:

1. Haya sido diagnosticada por un médico.
2. Provoque un gasto,
3. Sea conocida y no declarada por el integrante, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

c) Invalidez Total y Permanente (BITP).

Si durante la vigencia del Certificado, algún Integrante sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente

La Compañía efectuará dicho pago, una vez transcurrido el Periodo de Espera aplicable para los números 1 y 2 del inciso a) Definición de Invalidez Total y Permanente.

d) Exclusiones.

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

1. Que se origine por la participación del Integrante en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante.

- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- e) Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

2. Por los siguientes eventos:

- a) Cualquier intento de suicidio.
- b) Mutilación voluntaria, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
- c) Lesiones que por culpa grave se provoque el Integrante, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
- d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
- e) Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de éstas.

3. Por lesiones que se provoque el Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. Por Enfermedades Preexistentes.

e) Edades de Aceptación.

1. Para el Grupo Asegurado con relación laboral.

Los límites mínimo y máximo de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura son 18 (dieciocho) y 60 años de edad, respectivamente.

f) Edad de Cancelación.

Se cancelará automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Integrante cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.

En cualquier caso, la cobertura de Invalidez Total y Permanente (BITP) no se renovará para el Integrante afectado al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de la indemnización cubierta por la misma.

V. Beneficio Incluido.

1. Asistencia Funeraria.

Este servicio de asistencia aplica únicamente en territorio nacional y será proporcionado por la Compañía a través de un tercero. En caso de que el Beneficiario requiera asesoría

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

Página 10 de 27

legal para la obtención de permisos y autorizaciones oficiales para sepelio o incineración y, deberá comunicarse al número que determine la Compañía. Dicha información se brindará telefónicamente. (sobre la obtención de permisos y autorizaciones oficiales para sepelio o incineración y demás temas concernientes al fallecimiento del Integrante

VI. Cláusulas Generales.

1. Vigencia.

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el período pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia, el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando se encuentre al corriente en el pago de la Prima. Para los Integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado individual.

2. Designación de Beneficiarios.

El Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea alguno de los siguientes supuestos:

- a) Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

El Integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal de acuerdo al artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la indemnización que corresponda al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El Integrante puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en el Certificado individual, el cual será el único medio de prueba admisible; en los términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Integrante; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Integrante y éste no haya hecho nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Integrante haya dispuesto otra cosa.

ADVERTENCIAS

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación

moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

3. Pago de la Prima.

El Contratante deberá pagar la Prima anual a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada; ya sea mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine en la fecha de emisión de cada recibo.

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima anual o de la primera fracción de ésta. En el caso de las Primas subsecuentes, los pagos vencerán al comienzo del periodo que comprenda cada parcialidad. Lo anterior de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, se cancelará en forma automática este contrato.

Los pagos deberán efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero) éste se recibirá salvo buen cobro.

En caso de que el pago de la Prima se realice a través de descuento por nómina, será prueba suficiente el recibo de pago de nómina emitido por el patrón, en el que conste el concepto de descuento por la contratación de este seguro.

4. Moneda.

Todos los pagos del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas, se efectuarán en moneda nacional.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro, deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

5. Corrección del Contrato de Seguro.

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).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito, mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

6. Indisputabilidad.

Este contrato siempre será disputable dentro de su primer año de vigencia continua e ininterrumpida, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- a) La solicitud del seguro.
- b) Consentimiento.
- c) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el primer párrafo de esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes, el Contrato será indisputable.

De igual forma, en el supuesto de que con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite incremento en la Suma Asegurada que hubiere sido aceptado por la Compañía, el plazo de disputabilidad de la información proporcionada en los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, se contará a partir del inicio de la vigencia del incremento en la Suma Asegurada.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones.

El Contratante y/o los Integrantes, al llenar el formato de Consentimiento y solicitud de seguro están obligados a declarar por escrito a la Compañía –mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada-, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Integrante, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

8. Notificaciones.

Toda comunicación entre la Compañía, el Integrante, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Cambio de Ocupación.

En caso que el Integrante cambie de ocupación durante la vigencia del seguro, el Contratante deberá notificarlo por escrito a la Compañía, durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

Con esta notificación, la Compañía realizará los ajustes correspondientes en la Prima, con base en la disminución o agravación del riesgo en su ocupación, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para poder mantener en vigor la Suma asegurada de la Póliza.

En caso de que el Integrante fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, la Compañía podrá rescindir del pleno derecho el Certificado individual del Integrante de cuya agravación se trate, sin necesidad de declaración judicial de acuerdo a la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

10. Rehabilitación.

En caso que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla, sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b) Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c) Cubrir el importe de las Primas no pagadas.
- d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará rehabilitado, a partir del día en que la institución comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro, no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

11. Carencia de Restricciones.

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna, con relación al tipo de vida, residencia o viajes del Integrante, con excepción de lo establecido en la cláusula Cambio de Ocupación.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

12. Suicidio.

En caso de fallecimiento por suicidio del Integrante, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua del respectivo Certificado, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Integrante, la Compañía solamente se devolverá la parte no devengada de la última Prima pagada en la fecha en que ocurra el fallecimiento, de conformidad con el artículo 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

En caso de rehabilitación e incremento adicional de la Suma Asegurada, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada.

13. Comprobación del Siniestro.

La Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Integrante o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas adicionales contratadas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Integrante o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por los artículos 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

14. Verificación de Edad.

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Integrante y en su caso del Contratante, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado individual.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

La edad declarada por el Integrante o Contratante, en su caso, se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Integrante o Contratante. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado correspondiente o extenderá al Integrante o Contratante un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro del Integrante o Contratante.

Si al hacer la comprobación de la edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Integrante o Contratante y está fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, ésta rescindiré el Certificado individual del Integrante de que se trate y únicamente devolverá la parte no devengada de la última Prima pagada a la fecha de rescisión.

Para los cálculos que exige la presente sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

15. Pago del Seguro.

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la Compañía o comprobado en juicio, lo anterior, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Prima anual o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

16. Intereses Moratorios.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan

conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Integrante o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

17. Impuestos.

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Integrantes o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

En caso de depósitos o pagos de Primas en efectivo, estarán sujetas al IDE (Impuesto sobre Depósitos en Efectivo) vigente al momento de la transacción.

18. Prescripción.

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

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. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

Artículo 84

“Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento del pago”.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Compañía, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros”.

19. Competencia.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento deberán presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen; para

reclamaciones por Invalidez , éstas deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

20. Terminación del Contrato de Seguro.

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguno de los siguientes supuestos:

- a) Fecha de término del periodo de Vigencia.
- b) A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.
- c) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación menos los gastos de adquisición.
- e) La Compañía podrá dar por terminado el Certificado Individual o el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.

21. Revelación de Comisiones.

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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

22. Prelación.

En caso de existir condiciones particulares pactadas en la Póliza, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

23. Cláusula Contractual (CAPÍTULO 20.5 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS).

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 contrato 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

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

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.

VII. Procedimientos.

1. Certificados Individuales.

La Compañía hará del conocimiento al Contratante del Certificado individual para que éste se los proporcione a los Integrantes del Grupo Asegurado, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura.
- h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- i) Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Integrantes.

La Compañía al recibir en la solicitud de seguro, los datos de los Consentimientos de cada Integrante, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.

La Relación de Integrantes contendrá la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado.
- b) La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo.
- d) Operación y plan de seguro de que se trate.
- e) Número de Certificado individual, y
- f) Coberturas amparadas.

3. Regla para Determinar Suma Asegurada.

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá de acuerdo al plan contratado, la Suma Asegurada de cada uno de los Integrantes, la cual es fija para cada Integrante.

La Suma Asegurada será la misma para cada Integrante de acuerdo a su Categoría.

4. Administración de la Póliza.

a) Sistema Normal con Administración de Documentos.

La administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante, bajo convenio previo entre la Compañía y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos (Consentimientos y Certificados individuales) y a informar a los Integrantes su contenido.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Para este sistema, el Contratante deberá notificar vía telefónica los movimientos de altas y bajas en cada mes contado a partir de vigencia de la Póliza, debiendo contar con la documentación correspondiente de cada movimiento realizado durante la vigencia de la Póliza.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato.

a) Ingreso en el Grupo Asegurado.

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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 30 (treinta) días naturales, contados 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 (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

b) Bajas en el Grupo Asegurado.

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 (artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Los Integrantes que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán Asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Integrantes serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

5. Modificaciones.

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

a) Cambio de Contratante.

Para Grupos Asegurados cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la Prima no devengada.

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada

b) Cambio de Forma de Pago de las Primas.

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, no se aplicará recargo por pago fraccionado.

c) Cambio de Beneficiarios.

El Integrante del Grupo Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Compañía elaborará la actualización del Certificado, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Integrante.

6. Renovación.

La cobertura y la Prima tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Compañía con un plazo máximo de 1 (un) año, y este Contrato de Seguro se podrá renovar bajo las mismas condiciones en que fue contratado por plazos sucesivos de igual duración y siempre que se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la primera vigencia del Contrato de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. Las Primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Integrantes cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en este Contrato de Seguro.

VIII. Artículos Citados.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS:

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:

Art. 276

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

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

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 materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con

Art. 277

instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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

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

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

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

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

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

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

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

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

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Art. 492

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

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

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

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

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

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

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

Art. 84

Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

Art. 169

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento

Art. 172

de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y	
IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	
El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.	Art. 176
LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS:	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	Art. 50 Bis
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.	Art. 65
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se	Art. 68

realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

Esta póliza opera en coaseguro, la Suma Asegurada se cubrirá de acuerdo a la participación siguiente:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC 63% y AXA Seguros, S.A. de C.V. 37%

La atención del siniestro será realizada al 100% por AXA Seguros, S.A de C.V.

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

IX. Registro

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-S0077-0168-2014 de fecha 20 de marzo de 2014 y número CNSF-S0048-0312-2014 de fecha 15 de mayo de 2014, correspondientes a HSBC Vida, S.A. de C.V. y AXA Seguros, S.A. de C.V. respectivamente