

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre:

Domicilio Particular:

Fecha de Nacimiento:

INICIO DE VIGENCIA:

DIA:

MES:

AÑO:

FIN DE VIGENCIA:

DIA:

MES:

AÑO:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:

Domicilio Particular:

Fecha de Nacimiento:

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:

INFORMA DE TU PÓLIZA a tus beneficiarios

Asistencia Médica: 5480-0985 D.F., 01800 480 0985 interior.

Asistencia Legal: 01800 000 1020

Asistencia Telefónica: (Lunes a Viernes de 8 a 20 hrs.) 5721-3322 D.F., 01800 718 9404 interior.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE

100%

TIPO DE SEGURO	TEMPORALIDAD	MONEDA	PLAN CONTRATADO

COBERTURA	SUMA ASEGURADA Monto Inicial de Renta Mensual Cubierto	LIMITE MÁXIMO DE RENTA MENSUAL	EDAD DE CANCELACIÓN
Fallecimiento (Básica)			
Asistencia Médica			
Asistencia Legal			

FORMA DE PAGO	PRIMA NETA ANUAL	DERECHO DE PÓLIZA	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	PRIMA TOTAL ANUAL	12 PAGOS DE:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (La compañía) pagará las sumas convenidas en cada una de las coberturas contratadas al ocurrir el respectivo riesgo asegurado, de acuerdo a los estipulado el presente contrato de seguro (integrado por esta Carátula y sus Condiciones Generales) y siempre y cuando el mismo se encuentre en vigor.

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo; mismas que se tendrán por no puestas y no surtirá efecto alguno en perjuicio de la Compañía. En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.

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