



NO. DE PÓLIZA

DATOS DEL CONTRATANTE

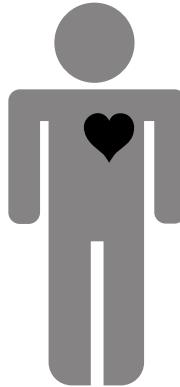
Nombre:
Domicilio Particular:

INICIO DE VIGENCIA:

DIA:
MES:
AÑO:

Fecha de Nacimiento:

FIN DE VIGENCIA:

DIA:
MES:
AÑO:

DATOS DEL ASEGURADO



Nombre:

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:

Domicilio Particular:

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.

Fecha de Nacimiento:

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

NOMBRE

PARENTESCO

PORCENTAJE

100%

TIPO DE SEGURO

TEMPORALIDAD

MONEDA

PLAN CONTRATADO

	COBERTURA	SUMA ASEGUARADA 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