




Número de Póliza	Lugar y fecha de emisión

 Datos generales del Contratante	 Datos generales del Asegurado
Nombre completo:	Nombre completo:
Domicilio particular:	Domicilio particular:
Teléfono Celular:	Fecha de nacimiento:
Correo electrónico:	Nacionalidad:
Número de Cuenta o Tarjeta de Crédito:	RFC:
Nacionalidad:	Edad:
RFC:	Género:
Tipo de Persona:	Teléfono Celular:
	Correo electrónico:
	Ocupación:

 Datos generales del Miembro Asegurado		
Nombre completo	Relación con el Asegurado	Fecha de nacimiento

Asistencia telefónica.

En caso de requerir información o asesoría para reclamar alguna cobertura del seguro, llama al teléfono 55 5721 3322 de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

 Datos del Contrato de Seguro	
Fecha de emisión:	Prima anual: \$
Lugar de emisión:	Tasa de financiamiento por
Vigencia del: hasta:	pago fraccionado: \$ %
Desde las 00:00 horas hasta las 24:00 horas	Gastos de expedición: \$
Cobertura(s) Suma Asegurada	Descuento: \$ %
Hospitalización amparada:	IVA: \$ %
Apoyo por Gastos Funerarios:	Prima anual total: \$
Apoyo por Gastos Funerarios	Forma de pago:
para menores de 12 años:	Prima según forma de pago: \$
Servicios de asistencia:	
Días máximos de Hospitalización	
Periodo de Espera	
Enfermedad:	
Maternidad:	

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado /Miembro Asegurado

Asegurado / Miembro Asegurado	Nombre completo de los Beneficiarios	Relación con el Asegurado / Miembro Asegurado	Porcentaje

No olvides informar de tu Póliza a tus Beneficiarios.

ADVERTENCIA: 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 debe 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 solo 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.

ADVERTENCIA: En este seguro de gastos médicos, a partir de que el Asegurado alcance una edad avanzada, las Primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de Primas de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante.

Consulte coberturas, exclusiones y restricciones de la Póliza en las condiciones generales que le han sido entregadas, mismas que también se encuentran publicadas en la página de Internet (<https://www.hsbc.com.mx/seguros/>).

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concorderán con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): HSBC Seguros tiene a disposición del Asegurado una Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en la Ciudad de México, México. Teléfono de contacto UNE 55 5721 5661. Correo electrónico UNE: mexico_une@hsbc.com.mx. El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas (horario de la Ciudad de México).

CONDUSEF: Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Teléfono: 5553400999 y 8009998080. Página de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Para consultar los datos del encargado regional de la Entidad Federativa a la que pertenece, ingrese a www.hsbc.com.mx, llame al número telefónico de la UNE o acuda a la Sucursal más cercana.

HSBC Seguros pagará las Sumas Aseguradas convenidas en cada una de las coberturas contratadas, conforme a lo estipulado en este Contrato de Seguro y siempre que el Siniestro ocurra durante la vigencia del mismo.

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

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 surtirán efecto alguno en perjuicio de la Institución.

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 06 de mayo de 2025, con el número PPAQ-S0077-0084-2024 / CONDUSEF-006641-03.

Lugar y fecha	Nombre del producto

Para uso de la Institución				
Clave de promotor	Número de registro	Número de sucursal	Sucursal	Número de solicitud

Datos de Cobranza				
Número de cuenta	CLABE	Número de tarjeta de crédito	Cuenta alterna 1	Cuenta alterna 2

Datos generales del Asegurado propuesto	
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
Domicilio particular:	Lugar de nacimiento:
	Nacionalidad:
	RFC:
	Ocupación actual:
	Teléfono celular:
Género:	Correo electrónico:
	Firma electrónica avanzada (FIEL):

Datos generales del solicitante	
Nombre completo:	RFC:
Domicilio particular:	Ocupación actual:
	Teléfono celular:
	Correo electrónico:
	Firma electrónica avanzada (FIEL):
Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Nacionalidad:	

Datos para el Contrato de Seguro		
Coberturas	Suma Asegurada	Forma de pago:
Hospitalización amparada:		Periodo de Espera
Apoyo por Gastos Funerarios:		Enfermedad:
Apoyo por Gastos Funerarios para menores de 12 años:		Maternidad:
Servicios de asistencia:		
Días máximos de hospitalización		

Datos generales del Miembro Asegurado propuesto

Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Nacionalidad: RFC: Ocupación actual: Teléfono celular: Correo electrónico: Parentesco:
Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Nacionalidad: RFC: Ocupación actual: Teléfono celular: Correo electrónico: Parentesco:
Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Nacionalidad: RFC: Ocupación actual: Teléfono celular: Correo electrónico: Parentesco:
Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Nacionalidad: RFC: Ocupación actual: Teléfono celular: Correo electrónico: Parentesco:
Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Nacionalidad: RFC: Ocupación actual: Teléfono celular: Correo electrónico: Parentesco:
Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Nacionalidad: RFC: Ocupación actual: Teléfono celular: Correo electrónico: Parentesco:

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado / Miembro Asegurado propuesto

Asegurado/Miembro Asegurado propuesto	Nombre completo de los Beneficiarios	Relación con el Asegurado propuesto	Porcentaje

Advertencia: 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 solo 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.

Consentimiento de Datos Personales

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento y enterado del alcance del aviso de privacidad, autorizo expresamente para que los datos personales, sensibles y financieros o patrimoniales proporcionados, puedan ser utilizados por HSBC Seguros S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (HSBC Seguros / la Institución), o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias del Grupo HSBC, para los fines descritos, en el aviso de privacidad.
Sí () No ()

Asimismo, manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Sí () No ()

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): HSBC Seguros tiene a disposición del Asegurado una Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en la Ciudad de México, México. Teléfono de contacto UNE 55 5721 5661. Correo electrónico UNE: mexico_une@hsbc.com.mx. El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas (horario de la Ciudad de México).

CONDUSEF: Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Teléfono: 5553400999 y 8009998080. Página de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Para consultar los datos del encargado regional de la Entidad Federativa a la que pertenece, ingrese a www.hsbc.com.mx, llame al número telefónico de la UNE o acuda a la Sucursal más cercana.

DATOS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO PROPUESTO (debe de leerlo antes de firmar): Se previene al Asegurado propuesto que de conformidad con el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la omisión o inexacta declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del Beneficiario en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Enterado del párrafo que antecede, manifiesto a HSBC Seguros: (i) estar de acuerdo con la solicitud del Contrato de Seguro con las características señaladas en el cuerpo del presente documento; (ii) que la información proporcionada a la Institución, es verídica, completa, exacta y actual; (iii) que los recursos usados con relación al Contrato de Seguro son de procedencia lícita; (iv) que autorizo a los médicos o personas que me atienden o que me hayan atendido, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para cirugía, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las instituciones de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a la Institución, todos mis antecedentes patológicos y toda la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y a su vez a la Institución, para que proporcione a cualquier otra compañía del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento a efecto de que puedan evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitado por mi persona, asimismo, los libero expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional; (v) que autorizo a cualesquiera autoridades, sean

municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualquier persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada con el suscrito, en especial en caso de siniestro, liberándolos expresamente de cualquier responsabilidad; (vi) que autorizo e instruyo a la Institución para que realice el cobro de las primas del seguro, a la cuenta de depósito a la vista o de ahorro o tarjeta de crédito proporcionada para dichos efectos, por la temporalidad y monto establecido en la presente solicitud del Contrato de Seguro, durante toda la vigencia de dicho contrato en términos de las condiciones generales. Es derecho del Asegurado solicitar en cualquier momento la cancelación de la autorización mencionada en el presente inciso y/o de modificar sus términos; y (vii) que para efectos del Contrato de Seguro el Asegurado propuesto actúa en su nombre y por cuenta propia, así como los recursos que entregue a efecto de cumplir con el objeto de dicho contrato, tienen un origen lícito y son de su propiedad.

La documentación contractual será entregada al Asegurado en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación a través del medio siguiente:

☐ Sucursal de HSBC México ☐ Envío a domicilio ☐ Correo electrónico

Al momento de la presente solicitud, ¿el Asegurado propuesto cuenta con su firma electrónica avanzada (FIEL)?

☐ Sí ☐ No

Firma del solicitante (solo si es diferente al Asegurado propuesto)	Firma del Asegurado propuesto
Firma Miembro Asegurado propuesto (espos(a), cónyuge o concubina(rio))	

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Este Contrato de Seguro cuenta con exclusiones y limitantes las cuales se pueden consultar en las condiciones generales y/o particulares publicadas en la página de internet de la Institución.

La presente solicitud no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Institución.

HSBC Seguros, S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC. Avenida Paseo de la Reforma número 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México.

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 06 de mayo de 2025, con el número PPAQ-S0077-0084-2024 / CONDUSEF-006641-03.

Lugar y fecha**Datos generales de la Póliza**

Endoso que modifica la carátula de la Póliza (que se anexa para formar parte de la Póliza)

Asegurado:

Número de Póliza:

Fecha de emisión:

Vigencia de la Póliza:

Datos del Endoso

La Póliza que se relaciona con este Endoso se modifica bajo los términos siguientes:

Fecha de inicio de vigencia del Endoso:

Tipo de Endoso:

Tipo de movimiento

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

Artículo 25 de la Ley sobre el 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 30 (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.

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, que dieron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de mayo de 2025, con el número PPAQ-S0077-0084-2024 / CONDUSEF-006641-03.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, México, Ciudad de México.