

▶ Número de Póliza: ▶ Fecha de emisión: **Datos del Asegurado**Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: ▶ Lugar de emisión: ▶ Plazo Contratado: Del: De las 00:00 horas hasta el: hasta las 24:00 horas. **Beneficiarios**Nombre completo de los Beneficiarios Relación con el
Asegurado Porcentaje

TOTAL: 100%

Datos del Contrato de Seguro**Coberturas****Edad del Asegurado****Suma Asegurada**Tipo de plan: Perfil de inversión: Moneda: Monto Mínimo de
Contratación: Aportación inicial: **Aportaciones programadas**Monto: Frecuencia de pago:

Datos de las Inversiones

Inversiones		Porcentaje asignado a cada Inversión	
			
Total:		100 %	
El porcentaje asignado a cada Inversión se podrá modificar:		Monto Mínimo de Permanencia:	
Monto de Penalización por Retiro Parcial:	Año 1:	Monto de Penalización por Rescate Total:	Año 1:
	Año 2:		Año 2:
	Año 3:		Año 3:
	Año 4:		Año 4:
	Año 5:		Año 5:

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.

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 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.

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 hace del conocimiento del Asegurado los datos del Centro de Atención Telefónica de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en la Ciudad de México, al teléfono 55 5340 0999 o al 800 999 8080 desde el interior de la República Mexicana, su página de Internet es: www.condusef.gob.mx y el correo electrónico es: asesoria@condusef.gob.mx.

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 13 de marzo de 2024, con el número CNSF-S0077-0376-2023 / CONDUSEF-006244-03.



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.

No olvides informar de tu póliza a tus beneficiarios.

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:	Edad:
País de nacimiento:	Sexo:
Entidad de nacimiento:	Nacionalidad:
Estado civil:	CURP:
RFC:	FIEL:
Domicilio particular:	
Teléfono particular:	Otro teléfono:
Correo electrónico:	
Datos laborales del Asegurado propuesto	
Ocupación actual:	
Empresa en que labora:	
Descripción ocupación / actividad que realiza actualmente:	

Datos del Contrato de Seguro		
Coberturas	Edad del Asegurado	Suma Asegurada
Tipo de plan:		
Moneda:		
Información de Aportaciones programadas		
Monto:		
Frecuencia de pago:		

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).

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 hace del conocimiento del Asegurado los datos del Centro de Atención Telefónica de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en la Ciudad de México, al teléfono 55 5340 0999 o al 800 999 8080 desde el interior de la República Mexicana y su página de Internet es: www.condusef.gob.mx y el correo electrónico es: asesoria@condusef.gob.mx.

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 de 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 pueda 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 mi 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 (FIEL)?

☐ Sí ☐ No

Beneficiarios del Asegurado propuesto		
Nombre completo de los Beneficiarios:	Relación con el Asegurado propuesto:	Porcentaje:
		TOTAL: 100%

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.

Nombre y firma del Asegurado propuesto

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 13 de marzo de 2024, con el número CNSF-S0077-0376-2023 / CONDUSEF-006244-03.

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

Datos Generales de la Póliza	Asegurado:
	Número de Póliza:
	Fecha de emisión:
	Plazo Contratado del: al:

Datos del Endoso	La Póliza que se relaciona con este Endoso se modifica bajo los términos siguientes:
	Fecha de aplicación:
	Tipo de Endoso:

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 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, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de marzo de 2024, con el número CNSF-S0077-0376-2023 / CONDUSEF-006244-03.