

▶ Número de Póliza:

▶ Fecha de emisión:

**Datos generales del Contratante**Nombre completo: Domicilio particular: Número de cuenta: **Datos generales del Asegurado**Nombre completo: Domicilio particular: Fecha de nacimiento: Género: Edad:  años**Datos del Contrato de Seguro**

▶ Lugar de emisión:

▶ Vigencia: Del:  hasta el:   
De las 00:00 horas hasta las 24:00 horas.

▶ Moneda:

▶ Tasa de financiamiento por pago fraccionado:

Prima Neta Anual	Monto por pago fraccionado	Gastos de expedición	Descuento	Prima anual total	Forma de pago	Prima según forma de pago
------------------	----------------------------	----------------------	-----------	-------------------	---------------	---------------------------

**Asistencia telefónica:**

En caso de requerir información o asesoría para reclamar alguna cobertura del seguro llama al teléfono: **5557213322** de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

**No olvides informar de tu Póliza a tus Beneficiarios.**

**Coberturas contratadas para el Asegurado**

Coberturas	Suma Asegurada	Periodo de Espera	Edad de Cancelación	Prima Anual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Beneficiarios del Asegurado**

Nombre completo de los Beneficiarios	Relación con el Asegurado	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 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.

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 concordarán 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](mailto: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).

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (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](http://www.condusef.gob.mx) Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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](http://www.hsbc.com.mx), llame al teléfono 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 19 de mayo de 2025 con el número CNSF-S0077-0076-2025 / CONDUSEF-006749-02.**

Lugar y fecha	Nombre del producto

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

Datos de Cobranza				
Número de cuenta	Clave Bancaria Estandarizada (CLABE)	Número de tarjeta de crédito	Cuenta alterna 1	Cuenta alterna 2

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

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

Datos para el Contrato de Seguro	
Plan solicitado:	Suma Asegurada:
Forma de pago:	Moneda:
Cobertura	Suma Asegurada

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

**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.

Cuestionario médico	
1. Estatura:                      Metros    Peso:                      Kilogramos	
2. ¿Padece o ha padecido de: enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cirrosis, enfermedades cerebrales, epilepsia, enfermedades del pulmón, tuberculosis, cáncer, leucemia, o ha sido tratado con radioterapia o quimioterapia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha realizado una prueba de VIH o hepatitis C con resultado positivo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Padece o ha padecido alguna Enfermedad, afección o lesión por la que haya recibido tratamiento médico por un plazo mayor a 3 (tres) meses?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Ha estado hospitalizado por más de 3 (tres) días en los últimos (3) tres años o tiene programada o pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene algún trastorno congénito o le falta algún órgano o parte de su cuerpo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas del cuestionario médico especificar:	
Padecimiento:	
Inicio de padecimiento:	
Tratamiento médico:	
Estado actual:	
Datos del médico tratante:	
Nombre completo:	Teléfono
Domicilio	
Cuestionario de hábitos	
7. ¿Es usted fumador?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Fuma más de 41 (cuarenta y uno) cigarrillos al día?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Ingiere más de 11 (once) copas de cualquier bebida alcohólica a la semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Usa o ha usado drogas o estupefacientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Cuestionario de Ocupaciones**

11. ¿Por algún motivo está usted expuesto a explosivos, armas de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, radiaciones, riesgo por altura, transporte en motocicleta o actividades aéreas? **Sí** ☐ **No** ☐
12. ¿Trabaja usted como policía, agente secreto, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador, transportista foráneo, minero, obrero petrolero, o es empleado de plataforma petrolera? **Sí** ☐ **No** ☐
13. ¿Practica usted deportes peligrosos como contiendas de velocidad en vehículos motorizados, motociclismo, buceo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeadores y ultraligeros) o algún otro deporte considerado de riesgo? **Sí** ☐ **No** ☐
- En caso de respuesta afirmativa de cualquiera de las preguntas anteriores, especificar respuesta:

**Cuestionario adicional para cobertura de invalidez**

14. ¿Tiene alguna incapacidad declarada y/o recibe actualmente pensión por incapacidad o invalidez? **Sí** ☐ **No** ☐
15. ¿Padece o ha padecido de problemas de columna, huesos y/o articulaciones? **Sí** ☐ **No** ☐
16. ¿Es usted piloto aviador, deportista profesional, trabaja en el medio artístico (actor, cantante, pintor, escultor, etc.)? **Sí** ☐ **No** ☐
- En caso de respuesta afirmativa de cualquiera de las preguntas anteriores, especificar respuesta:

**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).

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (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](http://www.condusef.gob.mx) Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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](http://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

<div>Firma del solicitante (solo si es diferente al Asegurado propuesto)</div>	<div>Firma del Asegurado propuesto</div>
--	--

**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 19 de mayo de 2025 con el número CNSF-S0077-0076-2025 / CONDUSEF-006749-02.**

INFORMATIVO

<b>Datos generales de la Póliza</b>	<b>Endoso que modifica la carátula de la Póliza (que se anexa para formar parte de la Póliza)</b>
	<b>Contratante:</b>
	<b>Asegurado:</b>
	<b>Número de Póliza:</b>
	<b>Fecha de emisión:</b>
	<b>Vigencia de la Póliza:</b>

<b>Datos del Endoso</b>	<b>La Póliza que se relaciona con este Endoso se modifica bajo los términos siguientes:</b>
	<b>Fecha de inicio de vigencia del Endoso:</b>
	<b>Tipo de endoso:</b>

<b>Estas modificaciones generan los siguientes cambios en tu prima</b>	
Prima Neta:	Importe por devolución:
Descuento:	Forma de pago:
Recargo por pago fraccionado:	Pagos de:
Derecho de póliza	
Prima total:	

---

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 19 de mayo de 2025 con el número CNSF-S0077-0076-2025 / CONDUSEF-006749-02.**

**HSBC Seguros SA de CV, Grupo Financiero HSBC.**

Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500,  
Ciudad de México, México.

	Contratante:		Número de Póliza:	
	Asegurado:		 Edad del Asegurado:	
	Vigencia del Contrato de Seguro:		Moneda:	

**Tabla de valores garantizados en UDIS**

Año Póliza	Prima anual	Valor de Rescate	Valores de Rescate por cobertura	
			Básica	Invalidez Total y Permanente
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				

35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				

El Valor de Rescate que se muestra en la tabla corresponde al cierre del Año Póliza. En caso de que al momento de solicitar el Valor de Rescate se tengan meses completos transcurridos dentro del año en curso, se utilizará la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para determinar los valores correspondientes.

**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 19 de mayo de 2025 con el número CNSF-S0077-0076-2025 / CONDUSEF-006749-02.**