

Vida y Ahorro

▶ Número de Póliza:

▶ Fecha de Emisión:

Datos del Contratante (Sólo si es diferente al Asegurado)


Nombre completo:

Domicilio particular:

Número de cuenta:

Datos del Asegurado


Nombre completo:

Domicilio particular:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

años

Edad de descuento:

años

Datos del Asegurado Familiar


Nombre completo:

Domicilio particular:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

años

Edad de descuento:

años

Información del Seguro


Lugar de Emisión:

Plazo:

Vigencia:

Del:

hasta el:

De las 00:00 horas hasta las 24:00 horas.


Moneda:

Tasa Anual para Préstamo Ordinario:

Tasa de financiamiento por pago fraccionado:
**Prima Neta
Anual**
**Cargo por
pago
fraccionado**
**Recargo
por Póliza**
**Prima Total
Anual**
**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.

[illegible]

	Prima Anual	Descuento	Prima Neta Anual
1	100	100	0
2	100	90,91	9,09
3	100	82,64	17,36
4	100	75,13	24,87
5	100	68,06	31,94
6	100	61,42	38,58
7	100	55,23	44,77
8	100	49,42	50,58
9	100	44,02	55,98
10	100	39,02	60,98
11	100	34,41	65,59
12	100	30,18	69,82
13	100	26,30	73,70
14	100	22,75	77,25
15	100	19,49	80,51
16	100	16,49	83,51
17	100	13,71	86,29
18	100	11,13	88,87
19	100	8,73	91,27
20	100	6,49	93,51
21	100	4,39	95,61
22	100	2,50	97,50
23	100	0,81	99,19
24	100	0,20	99,80
25	100	0,05	99,95
26	100	0,01	99,99
27	100	0,00	100,00

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

Beneficiarios del Asegurado Familiar		
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.

Consulta coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza en las Condiciones Generales entregadas y publicadas en la página de internet de la institución.

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 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.

HSBC Seguros tiene a disposición del Contratante, Asegurado, Asegurado Familiar y Beneficiario 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: 5557215661. 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 teléfono UNE o acuda a la Sucursal más cercana.

HSBC Seguros hace del conocimiento del Asegurado los datos de la 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 en la Ciudad de México. Teléfonos 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, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (en lo sucesivo la "Institución") pagará las sumas aseguradas convenidas en cada una de las coberturas contratadas; con lo estipulado en esta póliza y siempre que el siniestro ocurra durante la vigencia de la misma.

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.

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 04 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0077-0407-2021, del día 22 de julio de 2022 con el número BADI-S0077-0056-2021, del día 26 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0057-2021, del día 04 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0058-2021, del día 20 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0059-2021, del día 25 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0060-2021 / CONDUSEF-005102-10.

Lugar y fecha	Nombre del producto

Para aspectos internos de la Institución				
Clave de promotor	Número de registro	Número de sucursal	Nombre de Sucursal	Número de solicitud

Datos de cobranza del Solicitante			
Número de cuenta o tarjeta de crédito para cobro de la prima del seguro	Número de cuenta para pagos del seguro	Cuenta alterna 1	Cuenta alterna 2

Datos generales del Solicitante		
Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	
País de nacimiento:	Nacionalidad:	
Sexo:	Estado civil:	
CURP:	RFC:	FIEL:
Domicilio particular:		
Teléfono particular:	Otro teléfono:	
Correo electrónico:		
Datos laborales del Solicitante		
Ocupación actual:		
Empresa en la que labora:		
Descripción ocupación / actividad que realiza actualmente:		

Datos generales del Asegurado propuesto (en caso de ser diferente al Solicitante)		
Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	
País de nacimiento:	Nacionalidad:	
Sexo:	Estado civil:	
CURP:	RFC:	FIEL:
Domicilio particular:		
Teléfono particular:	Otro teléfono:	
Correo electrónico:		

Datos laborales del Asegurado propuesto**Ocupación actual:****Empresa en la que labora:****Descripción ocupación / actividad que realiza actualmente:****Datos generales del Asegurado Familiar propuesto****Nombre completo:****Fecha de nacimiento:****Edad:****País de nacimiento:****Nacionalidad:****Sexo:****Estado civil:****CURP:****RFC:****FIEL:****Domicilio particular:****Teléfono particular:****Otro teléfono:****Correo electrónico:****Datos laborales del Asegurado Familiar propuesto****Ocupación actual:****Empresa en la que labora:****Descripción ocupación / actividad que realiza actualmente:****Datos del Contrato de Seguro****Plazo:****Suma Asegurada:****Forma de pago:****Moneda:****Coberturas Contratadas****Cobertura****Suma Asegurada****Beneficiarios del Asegurado****Nombre completo de los Beneficiarios:****Parentesco para efectos
de identificación:****Porcentaje:****TOTAL: 100%**

Beneficiarios del Asegurado Familiar		
Nombre completo de los Beneficiarios:	Parentesco para efectos de identificación:	Porcentaje:
TOTAL:		100%

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, o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias del Grupo HSBC, para los fines descritos, en el aviso de privacidad.

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

Nombre y firma del Asegurado

**Nombre y firma del
Asegurado Familiar**

Nombre y firma del solicitante
(Sólo si es diferente al asegurado propuesto)

HSBC Seguros tiene a disposición del Contratante, Asegurado, Asegurado Familiar y Beneficiario 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: 5557215661. 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 teléfono UNE o acuda a la Sucursal de HSBC más cercana.

HSBC Seguros hace del conocimiento del Contratante, Asegurado, Asegurado Familiar y Beneficiario los datos de la 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 en la Ciudad de México. Teléfonos 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.

DATOS DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE Y EL ASEGURADO PROPUESTO (debe de leerlo antes de firmar): Se previene al solicitante y al asegurado propuesto que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa 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 S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (la Institución): (i) estar de acuerdo con la solicitud del Seguro de Vida Individual con las características señaladas en el cuerpo del presente documento; (ii) se me informó de la renovación del seguro en los términos que se indican en las condiciones generales, mismas que se hicieron de mi conocimiento; (iii) que la información proporcionada a la Institución, es verídica, completa, exacta y actual; (iv) que los recursos usados con relación

al seguro son de procedencia lícita: (v) 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 que a su vez la Institución, para que proporcione a cualquier otra empresa 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; (vi) que autorizo a cualesquiera autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualesquiera persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada a el(los) suscrito(s), en especial en caso de siniestro, liberándolos expresamente de cualquier responsabilidad; y (vii) 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 Seguro de Vida y Ahorro Dotal, durante toda la vigencia del seguro y por las renovaciones subsecuentes en términos de las condiciones generales. El solicitante tendrá el derecho de solicitar en cualquier momento la cancelación de la autorización mencionada en el inciso (vii) anterior y/o de modificar sus términos. (viii) La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación a través del medio elegido por el contratante:

☐ Sucursal de HSBC México

☐ Envío a domicilio

☐ Correo electrónico

Al momento de la presente solicitud, ¿el solicitante cuenta con su Firma Electrónica (FIEL)? ☐ Sí ☐ No

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.

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 04 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0077-0407-2021, del día 22 de julio de 2022 con el número BADI-S0077-0056-2021, del día 26 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0057-2021, del día 04 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0058-2021, del día 20 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0059-2021, del día 25 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0060-2021 / CONDUSEF-005102-10.

Cuestionario realizado al Asegurado propuesto: _____

Este cuestionario deberá ser contestado por el Asegurado propuesto de forma clara y sin omisiones. Marque con una "X" la casilla con la respuesta adecuada, en caso de que no encuentre la opción por favor seleccione la opción de "Ninguna de las anteriores".

CUESTIONARIO DE SALUD, HáBITOS Y ACTIVIDADES

Sexo: _____ Estatura (en metros): _____ Peso (en kilogramos): _____

1. Seleccione si padece o ha padecido de:

Enfermedades del corazón:	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del pulmón:	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cerebrales:	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	Cáncer:	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial:	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal:	<input type="checkbox"/>	Cirrosis:	<input type="checkbox"/>	Epilepsia:	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis:	<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores:	<input type="checkbox"/>

2. ¿Ha recibido tratamiento médico por más de 10 días en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No**3. ¿Tiene alguna cirugía programada u hospitalización pendiente?** ☐ Sí ☐ No**4. ¿Ha estado hospitalizado por más de tres días en los últimos tres años?** ☐ Sí ☐ No**5. ¿Fuma más de 41 cigarros al día?** ☐ Sí ☐ No**6. ¿Consume más de 11 bebidas alcohólicas por semana?** ☐ Sí ☐ No**7. ¿Consume o ha consumido drogas de forma habitual?** ☐ Sí ☐ No

8. Seleccione si está expuesto o trabaja con algunos de los materiales descritos a continuación y/o si se dedica a alguna de las actividades indicadas:

Explosivos:	<input type="checkbox"/>	Radiación:	<input type="checkbox"/>	Uso de motocicleta:	<input type="checkbox"/>
Manejo de maquinaria ligera de riesgo:	<input type="checkbox"/>	Manejo de maquinaria pesada:	<input type="checkbox"/>	Seguridad pública y/o privada:	<input type="checkbox"/>
Material biológico:	<input type="checkbox"/>	Sustancias químicas peligrosas:	<input type="checkbox"/>	Alto voltaje:	<input type="checkbox"/>
Actividades con riesgo de altura:	<input type="checkbox"/>	Actividades aéreas:	<input type="checkbox"/>	Bombero:	<input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores:	<input type="checkbox"/>				

9. Seleccione si practica de manera profesional deportes de alto riesgo* como:

Automovilismo:	<input type="checkbox"/>	Motociclismo:	<input type="checkbox"/>	Buceo:	<input type="checkbox"/>
Deportes de Altura:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores:	<input type="checkbox"/>

*Deportes de alto riesgo son aquellos que presentan un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital.

Responder las siguientes preguntas únicamente si elige la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

10. ¿Tiene alguna incapacidad declarada o recibe actualmente una pensión por incapacidad o invalidez, tiene algún trastorno congénito o le falta alguna extremidad de su cuerpo?

☐ Sí ☐ No

11. ¿Padece o ha padecido de problemas de columna, huesos o articulaciones diferentes a fracturas y esguinces?

☐ Sí ☐ No

12. ¿Es usted deportista profesional o trabaja en el medio artístico como actor, cantante, pintor, escultor o algún otro?

☐ Sí ☐ No

En caso de que el solicitante responda a alguna de las respuestas de forma afirmativa se realiza el análisis del riesgo y se rechaza dicha solicitud por lo que no se suscribe o emite póliza alguna.

Declaro haber contestado con veracidad cada una de las preguntas realizadas, en la inteligencia de que, conforme al artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la no declaración o la inexacta declaración de un hecho, originará la pérdida de los derechos que derivan de este seguro para mí, el Asegurado, o para el o los Beneficiarios que he designado, aunque dicha omisión o inexacta declaración no influya en la realización del siniestro.


Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, y/o a los hospitales o clínicas en los que haya ingresado para diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a HSBC Seguros, S.A DE C.V., Grupo Financiero HSBC todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, en virtud de que he solicitado un

seguro a HSBC Seguros, S.A. DE C.V., Grupo Financiero HSBC. Así mismo, los libero expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que HSBC Seguros, S.A. DE C.V., Grupo Financiero HSBC lo considere oportuno.

Las manifestaciones realizadas por mí, durante los exámenes médicos y los resultados de estos son de uso exclusivo de HSBC Seguros, S.A. DE C.V., Grupo Financiero HSBC. La información sobre mi estado de salud determinará el que HSBC Seguros, S.A. DE C.V., Grupo Financiero HSBC acepte o decline asumir riesgos sobre mi persona, HSBC Seguros, S.A. DE C.V., Grupo Financiero HSBC o los médicos no están obligados a proporcionarme información sobre el resultado de los Exámenes o reconocimientos médicos que me hayan sido practicados.

Con base en sus respuestas la Institución podrá solicitar información adicional por medio de cuestionarios, exámenes médicos o entrevistas.

CONSENTIMIENTO: De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento y enterado del Aviso de Privacidad que HSBC México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC y HSBC Seguros S.A de C.V., Grupo Financiero HSBC; puse a mi disposición, autorizo el tratamiento de mis datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros proporcionados. Asimismo, estoy enterado que este Aviso de Privacidad en todo momento lo puedo consultar en www.hsbc.com.mx

<p>Asegurado propuesto</p> <p>(FIRMA)</p>	<p>Solicitante (Sólo si es diferente al asegurado propuesto)</p> <p>(FIRMA)</p>	 <p>SELLO DE RECEPCIÓN</p>
--	--	--

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.

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 04 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0077-0407-2021, del día 22 de julio de 2022 con el número BADI-S0077-0056-2021, del día 26 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0057-2021, del día 04 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0058-2021, del día 20 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0059-2021, del día 25 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0060-2021 / CONDUSEF-005102-10.

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







Datos de la Póliza	Contratante:	
	Asegurado:	
	Asegurado Familiar:	
	Número de Póliza:	
	Fecha de contratación:	
	Plazo Contratado del:	al:

Datos del Endoso	La póliza que se relaciona con este endoso se modifica bajo los términos siguientes:	
	Fecha de aplicación:	
	Figuras a las que aplica:	
	Actual:	Anterior:

▶ Estas modificaciones generan los cambios en la prima siguientes:	
Prima Neta:	Valor de Rescate:
Descuento:	Adeudos por Préstamos Ordinarios
Recargo por pago fraccionado:	Retención por ISR:
Derecho de Póliza:	Importe por devolución:
Prima Total:	
Forma de pago:	
Pagos de:	Firma del Contratante

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del 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 04 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0077-0407-2021, del día 22 de julio de 2022 con el número BADI-S0077-0056-2021, del día 26 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0057-2021, del día 04 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0058-2021, del día 20 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0059-2021, del día 25 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0060-2021 / CONDUSEF-005102-10.

	Contratante:		Número de Póliza:	
	Asegurado:		 Edad de descuento:	
	Asegurado Familiar:		 Edad de descuento:	
	Plazo:		Moneda:	

► **Tabla de Valores Garantizados en UDIS**

Año Póliza	Prima Anual	Prima Anual Acumulada	Valor de Rescate	% Recuperación	Seguro Prorrogado	Seguro Prorrogado Supervivencia
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						




► **Desglose de Valor de Rescate Póliza por cobertura en UDIS**

Año Póliza	Valor de Rescate Total	Valores de Rescate por cobertura				
		Básica	Invalidez Total y Permanente	Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas	Enfermedades Graves	Segunda Vida
1						
2						
3						
4						
5						

6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Los Valores de Rescate que se muestran en la tabla son los correspondientes al cierre del año póliza. En caso de que al momento de solicitar el Valor de Rescate o Seguro Prorrogado 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 04 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0077-0407-2021, del día 22 de julio de 2022 con el número BADI-S0077-0056-2021, del día 26 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0057-2021, del día 04 de marzo de 2022 con el número BADI- S0077-0058-2021, del día 20 de enero de 2022 con el número BADI- S0077-0059-2021, del día 25 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0060-2021 / CONDUSEF-005102-10.

	Contratante:		Número de Póliza:	
	Asegurado:		 Edad de descuento:	

► **Información del Seguro Prorrogado**

Suma Asegurada por Fallecimiento:		Suma Asegurada por Supervivencia:	
Fecha de conversión:		Fecha de Fin de Vigencia:	
Prima única:		Moneda:	

► **Tabla de Valores Garantizados en UDIS**

Año Póliza	Valor de Rescate Fallecimiento	Valor de Rescate Supervivencia	Valor de Rescate
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Los Valores de Rescate que se muestran en la tabla son los correspondientes al cierre del año póliza, los cuales serán contados a partir de la fecha en la que se hizo la conversión al Seguro Prorrogado. 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. Esta Tabla de Valores Garantizados dejará de surtir efectos en caso de que la cobertura básica se rehabilite.

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 04 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0077-0407-2021, del día 22 de julio de 2022 con el número BADI-S0077-0056-2021, del día 26 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0057-2021, del día 04 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0058-2021, del día 20 de enero de 2022 con el número BADI-S0077-0059-2021, del día 25 de marzo de 2022 con el número BADI-S0077-0060-2021 / CONDUSEF-005102-10.

INFORMATIVO