

Póliza Número: Nombre del Contratante: Domicilio:  Características de la Colectividad asegurable:  Suma Asegurada o regla para determinarla:  Coberturas:  Límites de edad de admisión:  Otras consideraciones:																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Fecha de Emisión</th> <th colspan="2">Vigencia</th> <th colspan="2">Edades límite de Aceptación</th> <th rowspan="2">Número de asegurados</th> </tr> <tr> <th>Inicio</th> <th>Fin</th> <th>Mínima</th> <th>Máxima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moneda</td> <td>Sistema de Administración</td> <td>Suma asegurada máxima sin pruebas de asegurabilidad</td> <td>Suma Asegurada Total del Grupo</td> <td>Cuota por asegurado</td> <td>Cuota al millar</td> </tr> </tbody> </table>						Fecha de Emisión	Vigencia		Edades límite de Aceptación		Número de asegurados	Inicio	Fin	Mínima	Máxima	Moneda	Sistema de Administración	Suma asegurada máxima sin pruebas de asegurabilidad	Suma Asegurada Total del Grupo	Cuota por asegurado	Cuota al millar
Fecha de Emisión	Vigencia		Edades límite de Aceptación		Número de asegurados																
	Inicio	Fin	Mínima	Máxima																	
Moneda	Sistema de Administración	Suma asegurada máxima sin pruebas de asegurabilidad	Suma Asegurada Total del Grupo	Cuota por asegurado	Cuota al millar																
Fórmula de dividendos	Periodicidad del cálculo de dividendos	Prima Neta	%	Financiamiento Pago Fraccionado	Gastos de expedición																
% IVA	Prima Total	Prima Primer Recibo	Prima recibos Subsecuentes		Forma de pago																
Beneficiario Preferente e Irrevocable:																					

HSBC Seguros S.A. de C. V. Grupo Financiero HSBC, (en lo sucesivo la "Institución") cubre a los miembros del Grupo Asegurado y pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada que al efecto le corresponda conforme a lo establecido en esta póliza. El pago se hará cuando la Institución reciba pruebas de la realización del evento cubierto al asegurado y resulte procedente el pago de la indemnización respectiva siempre que el evento suceda durante la vigencia de la póliza.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

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

Artículo 25.- 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):**

Domicilio: Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Código Postal 06500, entre Río Tíber y Río Guadaluquivir, Frente al Ángel de la Independencia.

Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas.

Teléfonos: (55) 5721-5661

Correo electrónico: [mexico\\_une@hsbc.com.mx](mailto:mexico_une@hsbc.com.mx)

Para consultar los datos del encargado regional de la Entidad Federativa a la que pertenece llame al teléfono UNE, acuda a la Sucursal más cercana, en la cual encontrará publicado el Directorio de Encargados Regionales o ingrese al Portal de CONDUSEF.

**CONDUSEF:** Insurgentes Sur No. 762. Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez. C.P. 03100, Ciudad de México Teléfono (55) 5340 – 0999 y (01 800) 999 8080 o visite la página de internet [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx). Correo electrónico de atención: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

La Institución entregará por escrito la documentación contractual al Contratante al momento de la contratación del seguro y al Acreditado Asegurado al momento del ingreso al Grupo Asegurado.

En todo caso, estarán disponibles en la página web [www.hsbc.com.mx](http://www.hsbc.com.mx) en donde podrá consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

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.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC: Paseo de la Reforma 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 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**



SEGURO VIDA GRUPO DE OPERACIONES FINANCIERAS  
SOLICITUD

Nombre del Solicitante:		Solicitud número: RFC: C.P.: Teléfono:	
Domicilio:			
Características de la Colectividad asegurable:  Número de Integrantes:		Relación con el Solicitante:	Contribuciones de los asegurados al pago de prima:
Suma asegurada o regla para determinarla:			
Coberturas:			
Otras consideraciones:			Prestación Laboral: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Inicio     Vigencia Término	Otorga dividendos  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aplicación de dividendos  <input type="checkbox"/> Aplicar el pago de primas <input checked="" type="checkbox"/> Liquidarlos en efectivo	Periodicidad de cálculo de dividendos
Forma de pago	Suma Asegurada Total del Grupo	Número de Asegurados propuestos	Sistema de Administración
Propongo a HSBC Seguros, S.A de C.V., Grupo Financiero HSBC, (en lo sucesivo la Institución), la expedición de una póliza de Seguro Vida Grupo de Operaciones Financieras, de conformidad con las Condiciones Generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Anexo a la presente, como parte integrante de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros del Grupo Asegurable.			
Lugar y fecha: _____			
_____ Solicitante ( Firma del representante)			

**HSBC****SEGURO VIDA GRUPO DE OPERACIONES FINANCIERAS  
SOLICITUD****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.

Así mismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

SI ( ) NO ( )

Nombre y Firma del Solicitante

**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 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 cualesquier autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualesquier 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; (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, durante toda la vigencia del seguro y por las renovaciones subsecuentes en términos de las condiciones generales. El Cliente tendrá el derecho de solicitar en cualquier momento la cancelación de la autorización mencionada en el inciso anterior y/o de modificar sus términos. (viii) La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados



**HSBC**

**SEGURO VIDA GRUPO DE OPERACIONES FINANCIERAS  
SOLICITUD**

a partir de la contratación a través del medio elegido por el contratante:

( ) Por escrito en sucursales de HSBC México ( ) Envío a domicilio ( ) Correo electrónico.

(ix) Autorizo a las Instituciones de seguros a las que previamente he solicitado propuestas de seguros que proporcionen a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, cualquier información que sea de su conocimiento y que a su vez HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta propuesta y de otras que sean de su conocimiento.

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

La Institución entregará por escrito la documentación contractual al Contratante al momento de la contratación del seguro y al Acreditado Asegurado al momento del ingreso al Grupo Asegurado.

En todo caso, estarán disponibles en la página web [www.hsbc.com.mx](http://www.hsbc.com.mx) en donde podrá consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

Declaración sobre la existencia de las circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del Grupo o Colectividad, ocasionado de forma directa por la actividad que realicen éstos.

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.

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

**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, [Teléfono de contacto UNE 55 5721 5661](tel:5557215661). 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).

**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.

**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 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**



SEGURO VIDA GRUPO DE  
OPERACIONES FINANCIERAS  
FORMATO DE ENDOSO

Nombre del Contratante:	Certificado número:																
Nombre del Asegurado:	Póliza:																
Fecha de operación:																	
Siempre que se estipule como Suma Asegurada el Monto Inicial del Crédito en la carátula de la póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado podrá realizar modificaciones a su (sus) Beneficiario(s) designado(s) para el pago del remanente de la Suma Asegurada de esta cobertura una vez hecho el pago del Saldo Insoluto del Crédito al Beneficiario Preferente.																	
El certificado que se relaciona con este endoso se modifica bajo los siguientes términos:																	
Beneficiario (s) Anterior(es):																	
<table border="1"><thead><tr><th>Nombre (completo):</th><th>Parentesco para efecto de identificación</th><th>Porcentaje</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Nombre (completo):	Parentesco para efecto de identificación	Porcentaje												
Nombre (completo):	Parentesco para efecto de identificación	Porcentaje															
		Total 100%															
Nuevo(s) Beneficiario(s):																	
<table border="1"><thead><tr><th>Nombre (completo):</th><th>Parentesco para efecto de identificación</th><th>Porcentaje</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Nombre (completo):	Parentesco para efecto de identificación	Porcentaje												
Nombre (completo):	Parentesco para efecto de identificación	Porcentaje															
		Total 100%															

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC Paseo de la Reforma 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 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 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**

Nombre del Contratante:		Solicitud No.:
Nombre del Asegurado propuesto:		Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado):	Sexo:
Ocupación Actividad:		Descripción de Ocupación o Actividad:
Nombre de la Empresa:		
Giro de la empresa:		Ingresos anuales:
<b>1</b>	Peso ____ kg. Estatura ____ cm.	
<b>2</b>	¿Se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	
a)	Infarto, angina de pecho, trastornos de válvulas cardíacas, soplo y/o cualquier otro problema cardíaco y/o padece o ha padecido de hipertensión o hipotensión arterial?	Si ( ) No ( )
b)	Convulsiones y/o epilepsias, derrame cerebral, esclerosis cualquier otro problema cerebral o del sistema nervioso?	Si ( ) No ( )
c)	Tumores malignos (cáncer), leucemia, melanoma o linfoma?	Si ( ) No ( )
d)	Cualquier enfermedad renal y/o trastorno hepático?	Si ( ) No ( )
e)	Asma, enfisema pulmonar, tuberculosis y/o cualquier otra enfermedad pulmonar?	Si ( ) No ( )
f)	SIDA, resultados positivos en la prueba de VIH, Lupus?	Si ( ) No ( )
g)	Diabetes y/o por niveles elevados de azúcar en la sangre, enfermedades tiroideas (excepto hipotiroidismo) y/o cualquier problema endocrino?	Si ( ) No ( )
h)	Trastornos de columna vertebral, enfermedades de los huesos (excepto fractura de extremidades), de oídos o de ojos (excepto miopía, astigmatismo o hipermetropía) o de la sangre?	Si ( ) No ( )
<b>3</b>	¿A la fecha de firma de este cuestionario médico, tiene el conocimiento de no tener programada alguna intervención quirúrgica u hospitalización o proyectada alguna cita para practicar pruebas médicas o ya le fueron practicadas para la detección o sospecha de alguna enfermedad de la que aún no tenga el diagnóstico exacto?	
<b>4</b>	¿Tiene alguna enfermedad o limitación física (como la falta de un miembro o algún tipo de invalidez) que le impida o pudiera impedir en el futuro el desempeñar su actividad, profesión u ocupación actual?	
<b>5</b>	¿Es usted bombero, minero, obrero petrolero o trabajador en plataforma marina, o por algún motivo está usted expuesto o maneja: explosivos, armas de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, radiaciones, alto voltaje, riesgo por altura, transporte en motocicleta o actividades aéreas?	
<b>6</b>	¿Practica de manera profesional algún deporte de alto riesgo y/o planea practicarlo en los próximos 12 meses? Se consideran deportes de alto riesgo: carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo de ala delta, esquí en agua o nieve, rafting o cualquier similar.	
En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas 2 a 4, proporcionar la siguiente información:		

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en la que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condiciones Actuales

Hago constar que me he informado que tanto los datos proporcionados en este cuestionario médico, así como los requisitos médicos que la Institución considere necesarios, formarán parte de la misma. Para todos los efectos que pueda tener esta declaración, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en el mismo, las he dado personalmente, que son verídicas tal y como las conozco en el momento de firmar este documento; así mismo de que cualquier omisión o falsa declaración, serán causa de rescisión de contrato sin responsabilidad para la Institución. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas en los que haya ingresado para diagnóstico y tratamiento de cualquiera enfermedad para que proporcione a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, todos los informe que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, y que a su vez HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, proporcione a cualquier otra Institución de Seguros, la información que se derive de este cuestionario médico y de otras que sean de su conocimiento u efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación del seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona. Asimismo, los libero expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional.

Este cuestionario tendrá una vigencia de 30 días a partir de la fecha de suscripción.

#### CLÁUSULA DE CARÁCTER GENERAL

#### 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.

Así mismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

SI ( ) NO ( )

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma de asegurado propuesto \_\_\_\_\_

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.

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.

**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, partir del día 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**



# **SEGURO VIDA GRUPO DE OPERACIONES FINANCIERAS CERTIFICADO INDIVIDUAL**

Beneficiario(s) Adicionales del asegurado 2 :		
Nombre (completo):	Parentesco para efecto de identificación	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 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 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.

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Institución dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Institución restituirá al Contratante la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Por su parte el Contratante devolverá al Asegurado la fracción de la prima que corresponda.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (en lo sucesivo la Institución) pagará a los beneficiarios la suma asegurada que corresponda a la regla especificada, conforme a lo establecido en la póliza y en este Certificado. El pago se hará cuando la Institución reciba pruebas de la realización del evento cubierto al asegurado, siempre y cuando la póliza y este certificado se encuentren en vigor en tal realización.

La Institución entregará por escrito la documentación contractual al Contratante al momento de la contratación del seguro y al Acreditado Asegurado al momento del ingreso al Grupo Asegurado.

En todo caso, estarán disponibles en la página web [www.hsbc.com.mx](http://www.hsbc.com.mx) en donde podrá consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

Lugar y Fecha:

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC	Recibí de Conformidad	
	Asegurado 1	Asegurado 2
		Firma del (los) Asegurado(s)

**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).

**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.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, Paseo de la Reforma 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Tel 57213322.

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 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**



SEGURO VIDA GRUPO DE OPERACIONES  
FINANCIERAS  
CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

		Certificado número: Póliza:
Nombre del Contratante:  Domicilio:	R.F.C.:  C.P.:  Teléfono:	
Datos del Asegurado:  Nombre completo: R.F.C.: Ocupación / Actividad: Domicilio:		
Fecha de Ingreso Día      Mes      Año	Fecha de Nacimiento Día      Mes      Año	Suma asegurada o regla para determinarla
Beneficiario Preferente e Irrevocable:		
Beneficiario(s) Adicional(es):		
Nombre (completo):	Parentesco para efecto de identificación	Porcentaje
Total		100%
<b>Advertencia:</b> 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.		
<b>Observaciones:</b>		

**Consentimiento:**

El Asegurado propuesto manifiesta que: (i) otorga su consentimiento para ser asegurado en la póliza de Seguro Vida Grupo de Operaciones Financieras que el Contratante ha solicitado a la Institución de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, mismas que declara conocer, teniendo conocimiento de que para pertenecer a la colectividad asegurada, debe cumplir en todo momento los requisitos de la Colectividad Asegurable conforme a la carátula de la póliza, mismos que a la fecha cumple; (ii) se encuentra en buen estado de salud y no padece enfermedad o padecimiento alguno; (iii) la información proporcionada al Contratante y en su caso a la Institución es verídica, completa, exacta y actual; (iv) autoriza a la Institución, a Grupo Financiero HSBC, S.A. de C.V., a sus entidades financieras y subsidiarias (incluida HSBC México) así como a entidades subsidiarias del Grupo Financiero HSBC a nivel mundial, para proporcionarse, compartir e intercambiar cualquier tipo de información y documentación del suscrito y de las operaciones que celebre con las mismas, sin que implique violación a secreto bancario, bursátil, fiduciario u obligación de secrecía o reserva alguno y, (v) los recursos utilizados y que utilizará con relación al presente contrato son de procedencia lícita.

Lugar y Fecha:

Firma o Sello del Contratante

Firma del Asegurado

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC Paseo de la Reforma 347 piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 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 ' %de 1 `]c del &\$&, con el número 7 BG: !G\$\$++!\$&\* %&\$& / CONDUSEF-003538-06.**



## FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del Seguro, Usted tiene derecho a:

- a) Ser informado y tener a su disposición el Aviso de Privacidad del Grupo Financiero HSBC y sus empresas afiliadas y subsidiarias para que conozca el tratamiento que se dará a sus datos personales.
- b) Que la persona que está ofreciendo el seguro se acredite como empleado de HSBC México, S.A Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC, el cual está autorizado para la promoción y venta de los seguros.
- c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato
- d) Recibir ya sea en el momento de contratación o en cualquier momento en el que usted lo solicite, copia de la póliza o certificado individual en el que consten tanto sus derechos y obligaciones.
- e) Recibir explicación del costo de la prima así como de las formas de pago de la misma.
- f) Conocer el importe de la compensación directa que la Institución Aseguradora<sup>1</sup>, paga a HSBC México por la distribución del seguro que usted contrató.
- g) Pedir la rectificación de su Póliza dentro de los 30 días naturales siguientes posteriores a que la reciba, si la misma no concuerda con lo que se le ofreció durante la contratación.
- h) Cancelar su seguro en cualquier momento<sup>2</sup>.

Al ocurrir un siniestro usted tiene derecho, a:

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes establecidos en el contrato de seguro en función a la suma asegurada contratada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro (Ver las Condiciones Generales del producto).
- b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas, de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas;
- c) Si Usted presenta una reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), tiene derecho a solicitar a dicha Comisión, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje
- d) Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

<sup>1</sup> HSBC Seguros, S.A de C.V. Grupo Financiero HSBC a través de HSBC México, S.A Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero HSBC en términos del contrato de distribución para llevar a cabo la promoción y venta de seguros.

<sup>2</sup> Quedan exceptuados los seguros que tengan el carácter de obligatorios o mandatorios, como pueden ser aquellos que establecen como requisito de contratación en los contratos de créditos, préstamos y financiamientos revolventes.

**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 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**