



Numero de Póliza


Datos generales del Contratante

Nombre completo:

Domicilio particular:

Número de cuenta
o Tarjeta de Crédito:

Datos generales del Asegurado

Nombre completo:

Domicilio particular:

Fecha de nacimiento:

Lugar y fecha:

Vigencia

Del:

Hasta:

Desde las 00:00 horas
hasta las 24:00 horas

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 hrs.**


Beneficiario Irrevocable

Nombre completo del Beneficiario Irrevocable

Porcentaje

Total: **100%**

Coberturas contratadas

 Cobertura (s)	Suma asegurada	Periodo de espera/ Supervivencia	Descuento	Prima anual
Total coberturas:				

Tasa de financiamiento por pago fraccionado	Gastos de expedición	Prima Anual Total	Forma de pago	Prima según forma de pago

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. 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. 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, su página de Internet es: www.condusef.gob.mx y el correo electrónico es: asesoria@condusef.gob.mx.

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. 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 15 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0077-0276-2022, del día 15 de febrero de 2023 con el número BADI-S0077-0007-2023 / CONDUSEF-005510-04.

Lugar y fecha	Nombre del Producto

Para aspectos internos de la Institución				
Clave 1	Número de registro	Número de control	Sucursal	Número de Cuenta
			Cuenta alterna 1	Cuenta alterna 2

El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que la Institución de Seguros ha cobrado y recibido la prima respectiva

Datos generales del Asegurado propuesto				
Nombre completo:		RFC:		
Fecha de nacimiento:				
País de nacimiento:				
Sexo:	() Femenino	() Masculino	CURP:	
	() Soltero	() Casado	() Divorciado	() Viudo
Estado civil:	() Unión libre	() Separado		
Calle y número:				
Colonia:				
Alcaldía/municipio:			Código postal:	
Ciudad:				
Estado o Entidad federativa:				
Teléfono particular:			Teléfono otro:	
Correo electrónico:				
Datos laborales del Asegurado propuesto				
Ocupación actual:				
Descripción ocupación / actividad que realiza actualmente:				
Ingreso mensual:				

Datos generales del Solicitante	
Nombre completo:	
RFC:	FIEL:
Calle y número:	
Colonia:	Alcaldía / municipio:
Ciudad:	Código postal:
Estado o Entidad federativa:	
Teléfono particular:	Otro teléfono:

En caso de Persona Moral	
Giro mercantil:	Fecha de constitución:
Nacionalidad:	Correo electrónico / página de internet
Actividad u objeto social:	

Datos del seguro			
Plan solicitado:	Suma asegurada básica:		Moneda
Forma de pago:	() Anual	() Semestral	() Trimestral () Mensual

Coberturas adicionales	
Cobertura:	Suma asegurada:

Consentimiento de datos personales
<p>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. SI () NO ()</p> <p>Así mismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. SÍ () NO ()</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

<p>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.</p> <p>Enterado del párrafo que antecede, manifestamos 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 Keyman con las características señaladas en el cuerpo del presente documento y en caso de que sea procedente la</p>
--

solicitud, otorgamos el consentimiento para la contratación del seguro; (ii) se nos 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 la 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. Asimismo, se libera expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional; (vi) que autorizamos 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) autorizamos e instruimos 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 Individual Keyman, 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 anterior y/o de modificar sus términos. (viii) La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 (treinta) 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 contratación, el cliente cuenta con su FIEL

() Sí () No

Nombre completo del Beneficiario Irrevocable:	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

Nombre y firma del solicitante

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

Este producto cuenta con exclusiones y limitantes las cuales se pueden consultar en las Condiciones Generales. 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 15 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0077-0276-2022, del día 15 de febrero de 2023 con el número BADI-S0077-0007-2023 /CONDUSEF-005510-04.

Cuestionario Médico

1.- Estatura (Cms): _____ Peso (Kgs): _____

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 ☐ No

3. ¿Se ha realizado una prueba de VIH o hepatitis C con resultado positivo?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, afección o lesión por la que haya recibido tratamiento médico por un plazo mayor a 3 meses?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Ha estado hospitalizado por más de tres días en los últimos tres años o tiene programada o pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Tiene algún trastorno congénito o le falta algún órgano o parte de su cuerpo?

☐ Sí ☐ No

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. ¿Fuma más de 41 cigarrillos al día?

☐ Sí ☐ No

8. ¿Ingiera más de 11 copas de cualquier bebida alcohólica a la semana?

☐ Sí ☐ No

9. ¿Usa o ha usado drogas o estupefacientes?

☐ Sí ☐ No**Cuestionario de Ocupaciones**

10. ¿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

11. ¿Trabaja usted como policía, agente secreto, guardaespaldas, albañil, electricista de alto voltaje, bombero, piloto fumigador, piloto aviador o transportista foráneo?

☐ Sí ☐ No


12. ¿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: _____

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.

--

Cuestionario adicional para cobertura de Invalidez		
13. ¿Tiene alguna incapacidad declarada y/o recibe actualmente pensión por incapacidad o invalidez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Padece o ha padecido de problemas de columna, huesos y/o articulaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Es usted piloto aviador, deportista profesional, trabaja en el medio artístico (actor, cantante, pintor, escultor, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de respuesta afirmativa de cualquiera de las preguntas anteriores, especificar respuesta:		
Declaramos haber contestado con veracidad cada una de las preguntas realizadas, en la inteligencia de que, conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, originará la pérdida de los derechos que derivan de este seguro, el Asegurado, o para el Beneficiario designado, aunque dicha omisión o inexacta o falsa declaración no influya en la realización del siniestro.		
Asegurado propuesto	Solicitante	
(Firma)	(Firma)	Sello de recepción del Banco

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 15 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0077-0276-2022, del día 15 de febrero de 2023 con el número BADI-S0077-0007-2023 /CONDUSEF-005510-04.

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.

Endoso

(Que se anexa para formar parte de la Póliza)

Datos Generales de la Póliza	Contratante:
	Asegurado:
	Número de Póliza:
	Fecha de emisión:
	Vigencia de la Póliza:

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

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 15 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0077-0276-2022, del día 15 de febrero de 2023 con el número BADI-S0077-0007-2023 / CONDUSEF-005510-04.