



▶ NÚMERO DE PÓLIZA

▶ **DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE**
(sólo en caso de ser diferente al Asegurado)

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

De:

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.

No olvides informar de tu póliza a tus beneficiarios.



▶ **BENEFICIARIOS**

Nombre completo de los beneficiarios

Parentesco para efectos de identificación

Porcentaje

TOTAL: **100%**

▶ **COBERTURAS CONTRATADAS**

▶ COBERTURA(S)	SUMA ASEGURADA	PERIODO DE ESPERA / SUPERVIVENCIA	DESCUENTO	PRIMA ANUAL

TASA DE FINANCIAMIENTO
POR PAGO FRACCIONADO

GASTOS DE
EXPEDICIÓN

PRIMA TOTAL ANUAL

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 concorderán 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) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, entre Río Guadalquivir y Río Tíber, frente al Ángel de la independencia. **Horario de Atención:** lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas. **Teléfono:** 5557215661. **Correo electrónico:** mexico_une@hsbc.com.mx. 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.

CONDUSEF: Insurgentes Sur No. 762. Col. Del Valle, Del. 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 Correo electrónico de atención: 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. 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0077-0260-2020, del día 17 de abril de 2020 con el número BADI-S0077-0028-2020, del día 15 de junio de 2020 con el número BADI-S0077-0056-2020/ CONDUSEF-004416-01.

LUGAR Y FECHA			NOMBRE DEL PRODUCTO	
PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN				
CLAVE 1	CLAVE 2	NÚMERO DE CONTROL	SUCURSAL	NÚM. DE CUENTA
			CUENTA ALT. 1	CUENTA ALT. 2
DATOS GENERALES DEL ASEGURADO PROPUESTO				
Nombre Completo:			R.F.C.:	
Fecha de Nacimiento:				
Lugar de Nacimiento:				
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		CURP :	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado			
Calle y Número:				
Colonia:				
Alcaldía / Municipio:			Código Postal:	
Ciudad:				
Estado o Entidad Federativa:				
Teléfono Particular:			Teléfono Otro:	
DATOS LABORALES DEL ASEGURADO PROPUESTO				
Ocupación:				
Descripción de Ocupación / Actividad:				
DATOS DEL SOLICITANTE (SÓLO SI ES DIFERENTE AL ASEGURADO PROPUESTO)				
Nombre Completo:				
Calle y número:			R.F.C.:	
Colonia:			Fiel:	
Alcaldía / Municipio:			CURP:	
Ciudad:			Código Postal:	
Estado o Entidad Federativa:				
Teléfono Particular:			Teléfono Otro:	

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 CASO DE PERSONA MORAL**Giro Mercantil:****Fecha de Constitución:****Nacionalidad:****Actividad u objeto social:****Correo electrónico/página de Internet:****DATOS DEL SEGURO****Plan Solicitado:****Suma Asegurada Básica:****Moneda:****Forma de Pago:**☐ Anual☐ Trimestral☐ Semestral☐ Mensual**Ingreso Mensual:****COBERTURAS ADICIONALES****COBERTURA:****SUMA ASEGURADA:****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.

Sí ☐ NO ☐_____
Nombre y Firma del Asegurado Propuesto_____
Nombre y Firma del Solicitante
(Sólo si es diferente al asegurado propuesto)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500 Ciudad de México, entre Río Guadalquivir y Río Tíber, frente al Ángel de la Independencia.
Horario de Atención: lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas. **Teléfono:** 5557215661,
Correo electrónico: mexico_une@hsbc.com.mx. 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.

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.

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 Individual, 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 (vi) anterior y/o de modificar sus términos. (vii) 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 contratación, el cliente cuenta con su FIEL ☐ Sí ☐ No

Nombre completo de los beneficiarios: Parentesco para efectos de identificación: Porcentaje:

TOTAL:

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.

Este documento sólo 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 producto cuenta con exclusiones y limitantes las cuales se pueden consultar en las Condiciones Generales y/o Particulares.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0077-0260-2020, del día 17 de abril de 2020 con el número BADI-S0077-0028-2020, del día 15 de junio de 2020 con el número BADI-S0077-0056-2020/ CONDUSEF-004416-01.

ENDOSO

(Que se anexa para formar parte de la póliza)

Datos Generales de la póliza:**Contratante:****Asegurado:****Vigencia de la póliza: Inicio:****Fecha de Operación:****Póliza No:****Fin:****La póliza que se relaciona con este endoso se modifica bajo los siguientes términos:**

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0077-0260-2020, del día 17 de abril de 2020 con el número BADI-S0077-0028-2020, del día 15 de junio de 2020 con el número BADI-S0077-0056-2020/ CONDUSEF-004416-01.

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.

“Beneficio Adicional para la Cobertura de Enfermedades Graves”

1. OBJETO.

El Beneficio Adicional de Enfermedades Graves, tiene por objeto proporcionar al Contratante del Seguro de Vida, la opción de contratar una Cobertura Adicional en la cual la Institución de Seguros pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza cuando se tenga un diagnóstico de Cáncer, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebrovascular e Insuficiencia Renal Terminal, siempre que se encuentre vigente la póliza y dichas enfermedades se apeguen a lo estipulado en las siguientes definiciones y condiciones.

2. DEFINICIONES.

Para efectos del presente beneficio, se entenderá en singular o plural por:

Enfermedad. Se considera, toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido.

Periodo de Espera. Es el periodo en días naturales, a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, para que el asegurado pueda gozar de los beneficios. Este periodo se establece en la caratula de póliza y aplica para todos los padecimientos cubiertos excepto para el padecimiento de INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Periodo de Supervivencia. Es el periodo en días naturales que el asegurado deberá sobrevivir después de que se le diagnostique por primera vez el padecimiento cubierto para que se tenga derecho a la indemnización. Este periodo se establece en la caratula de póliza y aplica para todos los padecimientos cubiertos.

3. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

En caso de que en la carátula de la póliza se establezca como contratada esta cobertura, la Institución se obliga a pagar la Suma Asegurada estipulada al propio Asegurado, si durante la vigencia de la póliza se le diagnostica cualquiera de los

padecimientos descritos a continuación, siempre y cuando se cumpla el Periodo de Espera y Periodo de Supervivencia.

Cada padecimiento está limitado al primer diagnóstico y la Suma Asegurada no podrá exceder en una o varias pólizas el límite máximo establecido por la Institución para esta cobertura.

Después del diagnóstico y pago correspondiente de alguno de los padecimientos amparados, dicho padecimiento no será susceptible a una nueva indemnización sino hasta el aniversario de la póliza donde automáticamente se reinstalará la Suma Asegurada para cada padecimiento siempre que se trate de un diagnóstico nuevo y no esté relacionado con el ya indemnizado. Una vez utilizada la cobertura para uno o varios padecimientos durante la vigencia de la póliza, la cobertura no será susceptible a renovarse.

3.1. CÁNCER

Este se cubre cuando un médico certificado emita un diagnóstico inequívoco de que se trata de un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones pre malignas.**
- **Cáncer de próstata en estadio menor que T2bN0M0.**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor que T2N0M0.**
- **Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.**
- **Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera de 30 días o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica.**

Requisitos para la reclamación. La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer.
- Informe del oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y pormenores del cáncer.
- Resultados de los estudios de estadificación como radiografías, tomografías entre otros.

3.2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Será cubierta al momento un médico certificado diagnostique al asegurado la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar apoyado en los siguientes elementos:

- Elevación significativa de las troponinas cardíacas.
- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.
- Cambios nuevos en el electrocardiograma (ECG) compatibles con infarto o aparición de un nuevo bloqueo de la rama izquierda de Haz de His (BRIHH).

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Cambios en el Electrocardiograma que sugieran infarto(s) previo(s) sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.**
- **Angina de pecho.**
- **Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el Electrocardiograma ni signos clínicos de infarto.**

Requisitos para la reclamación. La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Informe pormenorizado del médico tratante certificado que especifique detalles de la evolución clínica.

- Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas.
- Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
- Estudios practicados para la evaluación del infarto (ecocardiograma, estudios de medicina nuclear.)

3.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Se cubrirá cuando se dé un diagnóstico definitivo por un médico certificado de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extra craneal, con:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 3 meses después de la fecha del diagnóstico.

El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen a través de Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética (RM).

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Ataque isquémico transitorio.**
- **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**
- **Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.**

Requisitos para la reclamación:

La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Informe del médico certificado que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular.
- Tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM) compatibles con accidente cerebrovascular agudo.

3.4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

Estará cubierta cuando se presente una etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**

Requisitos para la reclamación. La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante
- Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal.
- Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible (determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias.)

5. EDADES DE ACEPTACIÓN.

Los límites de admisión establecidos por la Institución se indican a continuación:

Cobertura	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado	Vencimiento de la Cobertura conforme a edad alcanzada
Enfermedades Graves	18 años	65 años	A fin de vigencia una vez cumplidos 70 años

4. REGISTRO.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de abril de 2020, con el número BADI-S0077-0028-2020/ CONDUSEF-004416-01.

Beneficio Adicional para la Cobertura de Supervivencia

1. OBJETO.

Este Beneficio Adicional tiene por objeto proporcionar al Contratante del Seguro de Vida, la opción de contratar una Cobertura Adicional de supervivencia bajo los términos que se señalan en la presente cláusula.

Dicha cobertura está asociada a la cobertura básica en la operación de vida y no cuenta con exclusiones.

2. DEFINICIONES.

Para efectos del presente Beneficio, se entenderá en singular o plural por:

Antigüedad de la póliza. Número de meses transcurridos desde la fecha de inicio de vigencia.

Beneficiario Preferente e Irrevocable para la Supervivencia. El Contratante de la póliza será Beneficiario Preferente e Irrevocable para recibir el pago de este beneficio.

3. COBERTURA ADICIONAL DE SUPERVIVENCIA.

En caso de que el Asegurado llegue con vida al final de alguna de las antigüedades estipuladas en la carátula de la póliza, el Beneficiario Preferente e Irrevocable para la cobertura de Supervivencia tendrá derecho a recibir la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza conforme a los meses de antigüedad y montos establecidos en la misma, siempre que:

1. Esta cobertura haya sido contratada y aparezca en la carátula de la póliza.
2. La póliza se encuentre al corriente con el pago de primas.

4. ENDOSOS.

La Suma Asegurada de la cobertura de Supervivencia será modificada únicamente como consecuencia de alguno los siguientes supuestos:

1. Aumento o disminución de la Suma Asegurada de alguna de las coberturas contratadas.
2. Contratación o cancelación de una cobertura adicional.

5. PAGO DE LA COBERTURA.

El Beneficiario Preferente e Irrevocable para la cobertura de Supervivencia recibirá el pago directamente en la cuenta proporcionada para este propósito al momento de la contratación, salvo solicitud en contrario del Contratante.

6. EDADES DE ACEPTACIÓN.

Los límites de admisión establecidos por la Institución se indican a continuación:

Cobertura	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado
Supervivencia	18 años	69 años

7. REGISTRO.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de junio de 2020, con el número BADI-S0077-0056-2020/ CONDUSEF-004416-01.