

Vida y Ahorro

▶ Número de Póliza:

▶ Fecha de emisión:

Datos generales del Contratante



Nombre completo:

Domicilio particular:

Número de cuenta:

Datos generales del Asegurado



Nombre completo:

Domicilio particular:

Fecha de nacimiento: Género:

Edad: años Edad de descuento: años

Datos del Contrato de Seguro

▶ Lugar de emisión:

▶ Plazo Contratado:

▶ Vigencia del Contrato de Seguro: 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	Monto por pago fraccionado	Gastos de expedición	Prima anual total	Forma de pago	Prima según forma de pago
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Asistencia telefónica:

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

No olvides informar de tu Póliza a tus beneficiarios.



Coberturas contratadas para el Asegurado

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

	Prima anual total	Descuento	Prima anual total
---	--------------------------	------------------	--------------------------

	Beneficiarios del Asegurado
---	------------------------------------

Nombre completo de los Beneficiarios	Relación con el Asegurado	Porcentaje

TOTAL: 100%

ADVERTENCIA: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Consulta coberturas, exclusiones y restricciones de la Póliza en las condiciones generales que le han sido entregadas, mismas que también se encuentran publicadas en la página de internet (<https://www.hsbc.com.mx/seguros/>).

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordarán con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) HSBC Seguros tiene a disposición del Asegurado una Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en la Ciudad de México, México. Teléfono de contacto UNE 55 5721 5661. Correo electrónico UNE: mexico_une@hsbc.com.mx. El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas (horario de la Ciudad de México).

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Teléfono: 5553400999 y 8009998080. Página de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: 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, llame al teléfono UNE o acuda a la Sucursal más cercana.

HSBC Seguros pagará las Sumas Aseguradas convenidas en cada una de las coberturas contratadas, conforme a lo estipulado en este Contrato de Seguro y siempre que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la mismo.

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

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Institución.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de febrero de 2026, con el número CNSF-S0077-0036-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026, del día 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.

Lugar y fecha	Nombre del producto

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

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

Datos generales del solicitante	
Nombre completo:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:
	:
Género:	Estado civil:
	:
Clave Única de Registro de Población (CURP):	
Registro Federal de Contribuyentes (RFC):	
Firma electrónica avanzada (FIEL):	
Domicilio particular:	
Teléfono celular:	Otro teléfono:
Correo electrónico:	
Ocupación actual:	

Datos generales del Asegurado propuesto	
Nombre completo:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:
Género:	Estado civil:
Clave Única de Registro de Población (CURP):	
Registro Federal de Contribuyentes (RFC):	
Firma electrónica avanzada (FIEL):	
Domicilio particular:	
Teléfono celular:	Otro teléfono:
Correo electrónico:	

Ocupación actual:

Datos para el Contrato de Seguro

Plazo:

Forma de pago:

Moneda:

Cobertura

Suma Asegurada

Beneficiarios del Asegurado propuesto

Nombre completo de los Beneficiarios:

Relación con el
Asegurado propuesto:

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.

Consentimiento de datos personales

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento y enterado del alcance del aviso de privacidad, autorizo expresamente para que los datos personales, sensibles y financieros o patrimoniales proporcionados, puedan ser utilizados por HSBC Seguros S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC (HSBC Seguros / la Institución), o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias del Grupo HSBC, para los fines descritos, en el aviso de privacidad. Sí () No ()

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

Sí ()

No ()

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): HSBC Seguros tiene a disposición del Asegurado una Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) con domicilio de su titular en Avenida Paseo de la Reforma # 347, Torre HSBC, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en la Ciudad de México, México. Teléfono de contacto UNE 55 5721 5661. Correo electrónico UNE: mexico_une@hsbc.com.mx El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas (horario de la Ciudad de México).

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Teléfono: 5553400999 y 8009998080. Página de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: 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, llame al teléfono UNE o acuda a la sucursal más cercana.

DATOS DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE Y EL ASEGURADO PROPUESTO (debe de leerlo antes de firmar): Se previene al Asegurado propuesto que de conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión o inexacta declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del Beneficiario en su caso, aunque no haya influido en la realización del Siniestro.

Enterado del párrafo que antecede, manifiesto a HSBC Seguros: (i) estar de acuerdo con la solicitud del Contrato de Seguro con las características señaladas en el cuerpo del presente documento; (ii) que la información proporcionada a la Institución, es verídica, completa, exacta y actual; (iii) que los recursos usados con relación al Contrato de Seguro son de procedencia lícita; (iv) que autorizo a los médicos o personas que me atienden o que me hayan atendido, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para cirugía, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las instituciones de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a la Institución, todos mis antecedentes patológicos y toda la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y a su vez a la Institución, para que proporcione a cualquier otra compañía del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento a efecto de que puedan evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitado por mi persona, asimismo, los libero expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional; (v) que autorizo a cualesquiera autoridades, sean municipales, estatales, federales o internacionales, organismos descentralizados, agencias del ministerio público, institutos de salud y en general a cualquier persona física o moral, privada o pública, para que proporcionen a la Institución cualquier información relacionada con el suscrito, en especial en caso de siniestro, liberándolos expresamente de cualquier responsabilidad; (vi) que autorizo e instruyo a la Institución para que realice el

cobro de las primas del seguro, a la cuenta de depósito a la vista o de ahorro o tarjeta de crédito proporcionada para dichos efectos, por la temporalidad y monto establecido en la presente solicitud del Contrato de Seguro, durante toda la vigencia de dicho contrato en términos de las condiciones generales. Es derecho del Asegurado solicitar en cualquier momento la cancelación de la autorización mencionada en el presente inciso y/o de modificar sus términos; y (vii) que para efectos del Contrato de Seguro el Asegurado propuesto actúa en su nombre y por cuenta propia, así como los recursos que entregue a efecto de cumplir con el objeto de dicho contrato, tienen un origen lícito y son de su propiedad.

La documentación contractual será entregada al Asegurado en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación a través del medio siguiente:

Sucursal de HSBC México

Envío a domicilio

Correo electrónico

Al momento de la presente solicitud, ¿el Asegurado propuesto cuenta con su firma electrónica avanzada (FIEL)? Sí No

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 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 publicados 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 febrero de 2026, con el número CNSF-S0077-0036-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026, del día 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.

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

Género: _____ 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 No3. ¿Tiene alguna cirugía programada u hospitalización pendiente? Sí No4. ¿Ha estado hospitalizado por más de tres días en los últimos tres años? Sí No5. ¿Fuma más de 41 cigarros al día? Sí No6. ¿Consume más de 11 bebidas alcohólicas por semana? Sí No7. ¿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

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 omisión, la inexacta o falsa declaración de un hecho, originará la pérdida de los derechos que derivan de este seguro para el Asegurado o para los Beneficiarios designados, aunque dicha omisión, inexacta o falsa declaración no influya en la realización del Siniestro.

Autorizo a los médicos o personas que me atienden o que me hayan atendido, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para cirugía, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las instituciones de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a la Institución, todos mis antecedentes patológicos y toda la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y a su vez a la Institución, para que proporcione a cualquier otra

Endoso que modifica la carátula de la Póliza
(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:

Tipo de Endoso:**Fecha de inicio de
vigencia del Endoso:****Estas modificaciones generan los cambios siguientes:****Prima neta anual:****Descuento:****Monto por pago
fraccionado:****Gastos de expedición:****Prima total:****Forma de pago:****Pagos de:****Valor de Rescate:****Adeudos por préstamos
ordinarios****Retención por Impuesto
Sobre la Renta (ISR):****Importe por devolución:**

**HSBC Seguros, S.A de C.V., Grupo
Financiero HSBC
La Institución**

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 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.

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 febrero de 2026, con el número CNSF-S0077-0036-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026, del día 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.



Vida y Ahorro Dotal HSBC
Tabla de Valores Garantizados

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

▶ **Tabla de valores garantizados.**

Año Póliza	Prima anual	Prima anual acumulada	Valor de Rescate	Porcentaje de recuperación de prima anual acumulada	Seguro Prorrogado	Cobertura por Supervivencia del Seguro Prorrogado
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

INFORMACIÓN

► **Desglose de Valor de Rescate por cobertura.**

Año Póliza	Valor de Rescate	Valores de Rescate por cobertura				
		Básica	Invalidez Total y Permanente	Muerte accidental y pérdidas orgánicas	Enfermedades graves	Dotal puro
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Definiciones

Seguro Prorrogado: Es la opción que tiene el Contratante de mantener vigente la cobertura de fallecimiento por falta de pago de Primas o a solicitud de este, conservando la misma Suma Asegurada contratada, por el plazo determinado por la Institución con base en el Valor de Rescate.

Cobertura por Supervivencia del Seguro Prorrogado: Es el monto que el Contratante recibirá en caso de que el plazo del Seguro Prorrogado sea igual que el plazo restante original y exista un excedente de Valor de Rescate, este se pagará al Asegurado al final del Seguro Prorrogado.

Valor de Rescate: Es la cantidad de dinero que el Contratante puede recuperar al momento de cancelar el Contrato de Seguro o bien, aplicar la cantidad de dinero al Seguro Prorrogado.

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 febrero de 2026, con el número CNSF-S0077-0036-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026, del día 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.



Vida y Ahorro Dotal HSBC Tabla de Valores Garantizados para Seguro Prorrogado

	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 del Contrato de Seguro:	
Prima única:		Moneda:	

► Tabla de valores garantizados.

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

Definiciones

Valor de Rescate: Es la cantidad de dinero que el Contratante puede recuperar al momento de cancelar el Contrato de Seguro.

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 febrero de 2026, con el número CNSF-S0077-0036-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0002-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0003-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0004-2026, del día 04 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0005-2026, del día 05 de febrero de 2026 con el número BADI-S0077-0006-2026 / CONDUSEF-007111-01.

INFORMATIVO