

N° Póliza _____

N° de siniestro _____

Día Mes Año

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

				Fecha de nacimiento		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Parentesco	DÍA	MES	AÑO

País de nacimiento	Nacionalidad	Ocupación	Domicilio (calle, número exterior e interior, colonia)			

Municipio o alcaldía		Entidad federativa		País		

C.P.	Teléfono (clave de larga distancia)		Teléfono celular	Correo electrónico		

CURP		RFC				

FEA (Cuando cuente con ésta)		Documento con el que se identifica				

¿Tú o un familiar es persona políticamente expuesta?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombre (Apellido paterno, apellido materno, nombre)		

Parentesco		Cargo		Dependencia		

DATOS PARA DEPÓSITO EN CUENTA

Por este conducto instruyo (instruimos) a BBVA Seguros Salud México, S.A de C.V, Grupo Financiero BBVA México, para que realice el depósito correspondiente a esta indemnización, vía electrónica a la cuenta y banco aquí mencionado.

La constacia que acredita el depósito de la suma asegurada en la(s) cuenta(s) mencionada(s) será prueba suficiente de que esta institución ha cumplido con todas las obligaciones que derivan de la póliza expresada, por lo que extiendo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho proceda y declaro que no me reservo acción ni derecho alguno que hacer en contra de dicha institución.

Para el caso en el que aparezcan con posterioridad a la fecha en que recibo el pago uno o más beneficiarios y que sean declarados con mejor derecho, me obligo a devolver íntegramente a la aseguradora la cantidad recibida dentro del término de cinco días hábiles siguientes a aquel en que ésta se hizo de mi conocimiento por dicha institución y en caso de no hacerlo seré responsable, además, de los daños y perjuicios que le ocasione a la aseguradora por esa omisión.

Nombre del Banco

Cuenta BBVA o Clabe Interbancaria

BBVA Seguros Salud México S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba tus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar tu identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicitas o contratas con nosotros. Podrás consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras sucursales y en www.bbva.mx

Otorgo mi consentimiento a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para que se traten mis datos personales y financieros, conforme al Aviso de privacidad.

Firma

Nota:

Si elige como conducto de pago depósito en cuenta, acompañar copia del último estado de cuenta o copia del contrato bancario relacionado con la cuenta de depósito, misma que deberá de estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas de plazo fijo, ni tarjetas de crédito.