

I. Datos del Contratante		
Nombre		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
RFC	CURP	Ocupación
Domicilio (calle, número, colonia)		
Ciudad	Estado	C.P.
Entre qué calles	Horario de entrega	Teléfono domicilio

Motivo de suspensión de pago de primas:

II. Datos de la persona a asegurar (sólo en caso de que sea distinto al Contratante)		
Nombre		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
RFC	CURP	Ocupación

Fecha de nacimiento				Sexo		Peso		Estatura	
Día	Mes	Año		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	kg		cm	

¿Presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cáncer o tumores malignos, leucemia, lupus	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes en cualquiera de sus tipos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedades crónicas o incurables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sangrado del tubo digestivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfisema, asma crónica, tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirrosis hepática, hepatitis crónica ("A" o "B"), pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas relacionados con el corazón, sistema circulatorio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SIDA, seropositivo al VIH o enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastornos neurológicos, cerebrovasculares, mentales, depresión nerviosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Insuficiencia renal o afección de ambos riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extirpación de algún órgano importante o parte de él	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Con respecto a sus hábitos, seleccione solamente una opción para cada caso:

a) Fuma cigarro, cigarrillo, puro o pipa		b) Ingiere bebidas alcohólicas como cerveza, ron, brandy, whisky, tequila, vino tinto, vino blanco, etc.	
Nunca ha fumado	<input type="checkbox"/>	Nunca ha bebido	<input type="checkbox"/>
Actualmente ya no fuma	<input type="checkbox"/>	Actualmente no ingiere bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>
Fuma menos de 1 cajetilla diaria	<input type="checkbox"/>	Bebe de 1 a 5 copas a la semana	<input type="checkbox"/>
Fuma de 1 a 2 cajetillas diarias	<input type="checkbox"/>	Bebe de 6 a 20 copas a la semana	<input type="checkbox"/>
Fuma más de 2 cajetillas diarias	<input type="checkbox"/>	Bebe más de 20 copas a la semana	<input type="checkbox"/>

Declaración del Asegurado

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes con relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la Póliza y en consecuencia, a la pérdida de los derechos a los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos para que, en caso de ser necesario, proporcionen a BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México toda la información relacionada con mi estado de salud.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

_____ a _____ de _____ de _____ .

BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Av. Paseo de la Reforma 510, Col. 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 México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para que se traten mis datos patrimoniales, financieros y sensibles, conforme al Aviso de Privacidad.

Firma del Contratante

Firma del Solicitante
(En caso de que sea distinto al prospecto a asegurar)

“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”.

Para uso exclusivo de la Institución

DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA REHABILITACIÓN

Nombre		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
N.º empleado		
Fecha	Día Mes Año	_____ Firma

“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 3 de noviembre de 2006, con el número CNSF-S0079-0580-2006/CONDUSEF-000421-03”.