

SOLICITUD DE SEGURO SOBRE VEHÍCULOS RESIDENTES PESADOS

DATOS PÓLIZA		TIPO MOVIMIENTO
N.º Póliza:	Inciso:	<input type="checkbox"/> Emisión
Vigencia de movimiento (dd/mm/aaaa) Desde las 12 h: ____/____/____ Hasta las 12 h: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Renovación
		<input type="checkbox"/> Modificación y/o Actualización

I. DATOS DEL CONTRATANTE (PERSONA FÍSICA)			
El Contratante es la Persona Física o Moral que se considera el pagador de las primas del seguro			
Nombre (nombres, apellido paterno, apellido materno)			
RFC – Homoclave (letras año mes día homoclave) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		Código de Cliente:	
		CURP:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad:	Empleado BBVA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N.º Empleado
Domicilio (calle, número exterior e interior)			C.P.
Colonia	Estado	Teléfono (con clave LADA)	
Estado o Ciudad donde circula <input type="checkbox"/> Mismo donde reside		Correo electrónico (si cuenta con él)	
CONTRATANTE (PERSONA MORAL)			
Razón Social			
RFC – Homoclave (letras año mes día homoclave) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		Código de Cliente:	
Giro Mercantil		Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)	
Domicilio (calle, número exterior e interior)			C.P.
Colonia	Estado	Teléfono (con clave LADA)	
Datos del representante legal (apellido paterno, apellido materno y nombres)			
RESPONSABLE DE MOVIMIENTOS EN LA EMPRESA			
Nombre 1 (apellido paterno, apellido materno y nombres)	Puesto 1	Teléfono 1	Correo electrónico 1
Nombre 2 (apellido paterno, apellido materno y nombres)	Puesto 2	Teléfono 2	Correo electrónico 2

DATOS DE CONDUCTORES HABITUALES

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa	Sexo	
		Masculino	Femenino
1.	___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. DATOS DEL VEHÍCULO

Se realizó inspección: ☐ SÍ ☐ NO

Origen: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Fronterizo <input type="checkbox"/> Legalizado		Tipo: <input type="checkbox"/> Tractocamión <input type="checkbox"/> Semiremolque <input type="checkbox"/> Dolly <input type="checkbox"/> Camión**	
Uso: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Servicio público de pasajeros <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Servicio de emergencia <input type="checkbox"/> Transporte escolar <input type="checkbox"/> Servicio público de carga <input type="checkbox"/> Transporte de empleados		**Especificar tonelaje: _____	
Servicio: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Público Federal			
Marca:	Submarca:	Versión:	
Modelo:	Carrocería (Sedán, pick-up, coupé o hatchback)		N.º de Motor:
N.º de Serie (Chasis o VIN):	Placas:	Ocupantes:	Cilindros:
Transmisión: <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Estándar	Eléctrico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Equipado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aire Acond. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	Otros <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> QC <input type="checkbox"/> Bolsas de aire Otro: _____
En caso de asegurar a Valor Convenido indique el valor en monto y letra: \$ _____ M.N.			
En caso de ser un Vehículo Valuado indique el valor en monto y letra: \$ _____ M.N.			
¿La unidad ha sido robada o ha sufrido algún daño a consecuencia de alguna eventualidad prevista en el contrato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

III. COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS

Amparada	Excluida	Cobertura	Deducible	Límite Máximo de Responsabilidad

COBERTURAS ADICIONALES

Amparada	Excluida	Cobertura	Deducible	Límite Máximo de Responsabilidad

☐ De manera presencial

☐ Envío al domicilio del Asegurado por los medios que la Institución utilice para tal efecto

☐ Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el Asegurado, previo consentimiento del Contratante y/o Asegurado, dicho envío se realizará en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato equivalente

Forma de Pago

Semestral

Otro _____

Nombre del banco:	CLABE: _ _ _ _ _	Fecha de vencimiento: Mes ____ Año ____
Nombre del banco:	Número tarjeta de débito _ _ _ _ _	Fecha de vencimiento: Mes ____ Año ____
Tipo de tarjeta: Visa Mastercard	Número tarjeta de crédito _ _ _ _ _	Fecha de vencimiento: Mes ____ Año ____
Tipo y número de Identificación oficial <input type="checkbox"/> Instituto Nacional Electoral (INE) Número: _____ Otro: _____		
Nombre del Agente:		Clave del Agente:

Firma del Titular (autorización de cargo a cuenta)

4/6

El Agente da fe de que ha informado a quien pretenda contratar el seguro de manera amplia, clara y detallada sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada, además de la veracidad de los datos proporcionados por el Asegurado y que se han incluido en este formato (**artículo 96 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**).

Estoy de acuerdo con que se utilice este mismo conducto de cobro en las próximas renovaciones, así como en los ajustes en la prima que correspondan. Para evitar la cancelación de mi Póliza todos los cargos serán realizados al inicio de la vigencia de cada periodo, en caso de ser día inhábil se cobrará el día inmediato posterior; asimismo, el cobro que se realice mediante los sistemas bancarios deberá corresponder al monto que se haya pactado y establecido en la carátula de la Póliza.

Se realizarán un total de 3 intentos de cobro, si el último no procede se suspenderá la labor de cobranza. Entiendo que me reservo el derecho de poder cancelar la Póliza u optar por otro conducto de pago, cuando así lo desee, previa notificación por escrito a BBVA México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México con un mínimo de 30 días de anticipación al inicio de la vigencia del recibo con próximo vencimiento.

Si por cualquier causa no se reconoce el cargo realizado a la tarjeta de crédito correspondiente al cobro de la prima, el Asegurado y/o Contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en términos de lo previsto en las condiciones generales y del **artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

El Tarjetahabiente podrá revocar el presente formato mediante un comunicado por escrito con treinta días naturales de anticipación.

El Contratante conviene que la presente solicitud, en caso de ser aprobado por BBVA Seguros México, S. A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México servirá de base para la expedición de la Póliza respectiva, de acuerdo a las condiciones generales en vigor para el Seguro de Auto, además de manifestar bajo protesta de decir verdad:

1. He declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco, son ciertos y me constan personalmente a la fecha de firmar, informando de que las falsas o inexistentes declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la Póliza y, en consecuencia, a la pérdida de los derechos de los beneficiarios.
2. Que el presente documento fue leído en su integridad y que le fue explicado a su entera satisfacción en cuanto a su contenido y alcance.

INSPECCIÓN DEL ESTADO DEL VEHÍCULO

La Institución tendrá en todo momento el derecho de inspeccionar o verificar la existencia y estado físico del Vehículo Asegurado en días hábiles y en los siguientes horarios de atención los cuales comprenden de lunes a viernes de 08:00 h a 18:00 h y sábado de 08:00 h a 14:00 h, por medio de personas debidamente autorizadas por la misma.

El aviso al Asegurado de la inspección Vehicular se realizará con un mínimo de 3 (tres) días hábiles previos por cualquiera de los siguientes medios de contacto: (i) correo electrónico, (ii) aplicación de mensajería y/o, (iii) vía telefónica.

Si el Contratante o Asegurado, impide u obstaculiza la inspección referida, la Institución se reserva el derecho de rescindir el contrato.

“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.”



Seguros

Con independencia del medio seleccionado por el Asegurado y/o Contratante para la entrega de la documentación contractual, podrán consultar las exclusiones y limitantes del presente producto a través de la página web: www.bbvaseguros.mx

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 personales, patrimoniales, financieros y sensibles de conformidad con el Aviso de Privacidad. Por lo anterior:

☐ SÍ

☐ NO

Consiento y autorizo dicho tratamiento

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

Ciudad de México a _____.

Firma del Contratante o Representante Legal

"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 _____ de _____ de _____, con el número _____/CONDUSEF-_____-_____".

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvaseguros.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvaseguros.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvaseguros.mx/disposiciones-legales-vigentes