

Póliza actual**Fecha de llenado**

/ /

Conteste solo aquellos espacios en los que deseé hacer modificaciones**Modificar datos del:**Contratante Asegurado **Nombre**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento

/ /

Sexo

*RFC

CURP*Correo electrónico**

*Estos campos deberán tener congruencia con la fecha de nacimiento

**Modificación del Domicilio**Contratante Asegurado Correspondencia **Domicilio:****Num. Ext.****Num. Int.****Colonia****Alcaldía o Municipio****Ciudad y/o Estado****C.P.****País****Nacionalidad****Nombre y firma del Contratante****Nombre y firma del Asegurado Titular****Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)**

Modificación de Suma Asegurada de Fallecimiento

Suma asegurada actual

Suma asegurada solicitada

Por favor, conteste las siguientes preguntas.

Para efectos de disminución de suma asegurada, no se requiere contestar el cuestionario de salud y actividades.

- **¿El Asegurado Titular o el Asegurado Cónyuge, o los dos, presentan o han presentado alguna de las siguientes enfermedades?**

	Sí	No		Sí	No
Diabetes en cualquiera de sus tipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica o pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer o tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática, cirrosis o hepatitis crónica (B o C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia o lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía (infarto, isquemia o arritmia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia o derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurisma o trombosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Con respecto de su actividad, actualmente el Asegurado Titular o el Asegurado Cónyuge o los dos:**

- ¿Tiene(n) incapacidad total y permanente o tiene invalidez total y permanente?
- ¿Tiene(n) programada alguna cirugía para los próximos 3 meses que implique hospitalización de más de 72 horas?
- ¿Es chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera camiones de volteo, palas mecánicas o bulldozer?
- ¿Se desempeña(n) como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador?
- ¿Practica(n) profesionalmente buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo profesional?
- ¿Presta sus servicios en cualquier organismo policial, cuerpos militares de marina o de seguridad privada, es guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre y firma del Asegurado Titular

**Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)**

👤 Modificación de plan:

Deseo cambiar mi Plan Creciente por Plan Fijo

Sí No **👤 Modificación de coberturas:**

Cobertura

Incluir Excluir

Cobertura

Incluir Excluir

Cobertura

Incluir Excluir **👤 Cambio en el número de cuenta:**

¿Deseas realizar un cambio en el número de cuenta?

Sí No

Banco

Seleccióna el tipo de cuenta:

 Tarjeta de crédito Cuenta de cheques o ahorro

Número de cuenta nuevo:

Firma del Titular de la cuenta

Modificación en la designación de Beneficiarios:

Titular

Cónyuge

Beneficiario 1	Parentesco	Porcentaje
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(Para efectos de identificación)	
Domicilio: <input type="text"/>	Num. Ext. <input type="text"/>	Num. Int. <input type="text"/>
Colonia <input type="text"/>	Alcaldía o Municipio <input type="text"/>	
Ciudad y/o Estado <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	País <input type="text"/>

Beneficiario 2	Parentesco	Porcentaje
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(Para efectos de identificación)	
Domicilio: <input type="text"/>	Num. Ext. <input type="text"/>	Num. Int. <input type="text"/>
Colonia <input type="text"/>	Alcaldía o Municipio <input type="text"/>	
Ciudad y/o Estado <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	País <input type="text"/>

Beneficiario 3	Parentesco	Porcentaje
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(Para efectos de identificación)	
Domicilio: <input type="text"/>	Num. Ext. <input type="text"/>	Num. Int. <input type="text"/>
Colonia <input type="text"/>	Alcaldía o Municipio <input type="text"/>	
Ciudad y/o Estado <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	País <input type="text"/>

Total 100%

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

Advertencia para la designación de Beneficiarios

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se deberá 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 para disponer de la suma asegurada.

Declaración del Titular y del Cónyuge en caso de estar 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 las 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 u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

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.

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 sensibles, financieros y/o patrimoniales, conforme al Aviso de Privacidad.

Aplican exclusiones y limitantes de acuerdo con las Condiciones Generales del producto registradas por BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las cuales pueden ser consultadas en www.bbvaseguros.mx

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

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

"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."

UNE (Unidad Especial de Atención de 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

Ciudad de México a ____ de ____ de ____.

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México.
Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Servicio a clientes: (55) 1102 0000. Correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com