

N.º Póliza

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

RFC

CURP

Ocupación

Motivo de suspensión de pago de primas:

II. DATOS DEL ASEGURADO (SOLO EN CASO DE QUE SEA DISTINTO AL CONTRATANTE)

Nombre

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

RFC

CURP

Ocupación

Fecha de nacimiento

/ /

Sexo

M

F

Peso

kg

Estatura

cm

¿Presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Sí No

Hipertensión arterial

Diabetes en cualquiera de sus tipos

Osteoporosis

Enfisema, asma crónica, tuberculosis

Problemas relacionados con el corazón, sistema circulatorio

Trastornos neurológicos, cerebrovasculares, mentales, depresión nerviosa

Extirpación de algún órgano importante o parte de él

Cáncer o tumores malignos, leucemia, lupus

Enfermedades crónicas o incurables

Sangrado del tubo digestivo

Cirrosis hepática, hepatitis crónica ("A" o "B"), pancreatitis

SIDA, seropositivo al VIH o enfermedades de la sangre

Insuficiencia renal o afección de ambos riñones

Firma del asegurado

Con respecto a su actividad actualmente:

Sí No

¿Tiene alguna incapacidad total o permanente o tiene invalidez total y permanente?

¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses que implique hospitalización de más de 72 horas?

¿Es chofer, cobrador o ayudante de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera cualquier equipo de contratistas?

¿Se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador?

¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo?

¿Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, cuerpos militares o de marina, de seguridad privada, es guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?

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 nombre 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.

Autorizo se cargue a mi cuenta la prima de:

\$

Tipo de pago
 Tarjeta de crédito

 Cuenta de cheques



Firma del Contratante



 Firma del Asegurado
 (En caso de que sea distinto al Contratante)

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 .

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

(En caso de que sea distinto al Contratante)

Firma del Asegurado

"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".

Para uso exclusivo de la Institución

I. DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA REHABILITACIÓN**Nombre**

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

N.º empleado

Fecha

/ /

Firma