

Póliza actual

Fecha de llenado		
Día	Mes	Año

Datos del Asegurado

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Conteste solo aquellos espacios en los que desee hacer modificaciones.

Datos del Contratante Modificar

Nombre				Sexo
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento	CURP*	RFC*	e-mail	
Día Mes Año				
Domicilio				
Colonia			Alcaldía o Municipio	
Estado	C.P.	Ciudad	Nacionalidad	

* Estos campos deberán tener congruencia con la fecha de nacimiento

Datos del Asegurado Modificar

Nombre				Sexo
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento	CURP*	RFC*	e-mail	
Día Mes Año				
Domicilio				
Colonia			Alcaldía o Municipio	
Estado	C.P.	Ciudad	Nacionalidad	

* Estos campos deberán tener congruencia con la fecha de nacimiento

Datos del Cónyuge o Dependientes Económicos Incluir Eliminar Modificar

Nombre del Cónyuge				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)
Fecha de nacimiento	CURP			Sexo
Día Mes Año				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

Nombre del primer hijo		
Fecha de nacimiento	CURP	Sexo

Nombre del segundo hijo		
Fecha de nacimiento	CURP	Sexo

Nombre del tercer hijo		
Fecha de nacimiento	CURP	Sexo

Nombre del cuarto hijo		
Fecha de nacimiento	CURP	Sexo

Nombre del quinto hijo		
Fecha de nacimiento	CURP	Sexo

Domicilio de correspondencia		
Colonia	Alcaldía	
Estado	C.P.	Ciudad

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

Modificación de Suma Asegurada. En caso de aumento o disminución en suma de fallecimiento, favor de contestar lo siguiente.

Suma asegurada actual	Suma asegurada solicitada
\$	\$

Modificación de Plan:

Deseo cambiar mi Plan Creciente por Plan Fijo _____

Modificación de coberturas:

Cobertura:	Incluir	Excluir
Cobertura:	Incluir	Excluir
Cobertura:	Incluir	Excluir

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?

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

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

¿Tiene alguna incapacidad total o permanente o tiene invalidez total y permanente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses que implique hospitalización de más de 72 horas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera camiones de volteo, palas mecánicas o bulldozer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, cuerpos militares, de marina o seguridad privada, es guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

Cambio en la designación de Beneficiarios

Del Titular			Parentesco	%
1)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				Fecha de nacimiento
				Día Mes Año
Ciudad		Estado		C.P.
2)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				Fecha de nacimiento
				Día Mes Año
Ciudad		Estado		C.P.
3)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				Fecha de nacimiento
				Día Mes Año
Ciudad		Estado		C.P.
				Total
				100%

Del Cónyuge			Parentesco	%
1)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				Fecha de nacimiento
				Día Mes Año
Ciudad		Estado		C.P.
2)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				Fecha de nacimiento
				Día Mes Año
Ciudad		Estado		C.P.
3)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				Fecha de nacimiento
				Día Mes Año
Ciudad		Estado		C.P.
				Total
				100%

Cambio en el número de cuenta:	
Banco	
Selecciona el tipo de cuenta:	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques o ahorro
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Firma del Titular de la cuenta	

Número de cuenta nuevo:

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

Indemnización en caso de muerte simultánea

Si el seguro es adquirido en Plan Conyugal y ocurriera la muerte simultánea del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge, se considerará, para efectos de la indemnización, que ocurrió primero el fallecimiento del Asegurado Titular, pagándose la suma asegurada que proceda a los Beneficiarios por él designados.

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 sólo 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.

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre y firma del Asegurado Cónyuge
(si aplica)

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

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)