

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Denominación Social			Ingresos mensuales
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	
RFC	FIEL		CURP
País de nacimiento	Nacionalidad		Ocupación
Domicilio	Calle, avenida, etc. No. Ext., No. Int.		Colonia
Alcaldía o Municipio	Código Postal	Ciudad	Estado
Correo electrónico	Teléfono		

II. DATOS DEL ASEGURADO (Llenar solo en caso de que sea diferente al Contratante)

Nombre o Denominación Social			Ingresos mensuales
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	
RFC	FIEL		CURP
País de nacimiento	Nacionalidad		Ocupación

● Seleccione la forma de entrega de su documentación contractual

1. Acepto la entrega de mi documentación contractual al siguiente domicilio Sí No

Domicilio	Calle, avenida, etc. No. Ext., No. Int.	Colonia
Alcaldía o Municipio	Código Postal	Ciudad
Entre qué calles	Teléfono	Estado
		Horario de entrega

● Seleccione la forma de entrega de su documentación contractual

2. Acepto la entrega de mi documentación contractual al correo electrónico

_____	@	.com	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------	---	------	--

CUESTIONARIO DE SALUD

La información que a continuación se solicita deberá ser llenada por la persona a asegurar:

Fecha de nacimiento _____ Género _____ Peso _____ kg Estatura _____ cm

CUESTIONARIO DE SALUD

¿Tienes o has tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Sí No

DIABETES EN CUALQUIERA DE SUS TIPOS

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CORAZÓN, INFARTO, SISTEMA CIRCULATORIO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

INSUFICIENCIA HEPÁTICA, CIRROSIS HEPÁTICA, HEPATITIS ("B" O "C"), PANCREATITIS

ENFISEMA PULMONAR, ASMA CRÓNICA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, EPOC

CÁNCER O TUMORES MALIGNOS, LEUCEMIA

LUPUS, ARTRITIS REUMATOIDE

INSUFICIENCIA RENAL O FUNCIONAMIENTO DISMINUIDO DEL RIÓN

EVENTO O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (EMBOLIA O DERRAME CEREBRAL)

ANEURISMA O TROMBOSIS

ENFERMEDADES CRÓNICAS O INCURABLES

¿TIENE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE?

¿TIENE PROGRAMADA ALGUNA CIRUGÍA PARA LOS PRÓXIMOS 3 MESES, QUE IMPLIQUE HOSPITALIZACIÓN DE MÁS DE 72 HORAS?

DETALLE DE LA ENFERMEDAD DECLARADA

--

Firma del Solicitante

Con respecto a su actividad, la persona a asegurar actualmente:

¿Es chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros), u opera camiones de volteo, palas mecánicas o bulldozer?

Sí No

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

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

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

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

Introduction

Firma del Solicitante

III. BASES DEL SEGURO

Cobertura

Beneficio de fallecimiento

Suma asegurada solicitada \$

IV. BENEFICIARIOS DESIGNADOS

ADVERTENCIA PARA BENEFICIARIOS DESIGNADOS

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.

V. OPCIONES DE PAGO

Autorizo se cargue a la cuenta que se indica, la prima de	Forma de pago	<input checked="" type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual
\$ <input type="text"/> m.n.		<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	
		<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	
Informar una alternativa de cobro en caso de no poder cargar la prima a la cuenta anterior:			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito 		<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques 	

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO:

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, en 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 y lo manifestado en el cuestionario de salud.

"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".

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

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingrese 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

BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuahtémoc, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas 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 de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral.

Con la suscripción de la presente solicitud, el Contratante y/o Asegurado acepta que se le ha informado 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.

He leído las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud y el Aviso de Privacidad y manifiesto mi consentimiento al respecto. Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que lo manifestado en el cuestionario es cierto.

[REDACTED], a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED].

Firma del Contratante

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

"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 30 de mayo de 2023, con el número CNSF-S0079-0133-2023/CONDUSEF-005888-02".

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

Sucursal que tramita el seguro (CR)	Nombre del ejecutivo	
[REDACTED]	[REDACTED]	
Puesto del ejecutivo	M del ejecutivo	Correo del ejecutivo
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]