

Solicitud N.º _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

AUTORIZACIÓN**De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)**

“De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios”.

“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”.

DATOS DEL SOLICITANTE						
Nombre completo del solicitante						
Nombre (s)			Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de nacimiento			Sexo	Edad	Nacionalidad	Ciudad y estado de nacimiento
Día	Mes	Año	M ☐ F ☐			

Datos laborales					
Nombre de la empresa donde trabaja		RFC con homoclave	CURP	Giro de la empresa	
Profesión u ocupación principal		Nombre de su puesto y en que consisten sus labores			
Domicilio del lugar de trabajo					
Alguna otra ocupación	Describa en que consisten sus labores			Empresa en que desempeña su labor	

Domicilio Particular					
Calle y número exterior		Número interior	Colonia	Ciudad o población	
Municipio o alcaldía			Estado	C.P.	
Teléfono particular		Teléfono oficina		Correo electrónico	

DATOS DEL CONTRATANTE (EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)

Nombre completo del contratante y/o razón social					
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Relación con el solicitante					
RFC con homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo M ☐ F ☐	Correo electrónico	Teléfono particular

Domicilio particular

Calle y número exterior		Número interior	Colonia	
Municipio o alcaldía	Ciudad o población		Estado	C.P.

Datos del plan

Seguro de Accidentes Personales Individual Básico Estandarizado	Suma asegurada (moneda nacional): elegir una opción \$100,000 ☐ \$200,000 ☐	Forma de pago ANUAL
---	--	------------------------

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencia: En el caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representaciones 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 de disponer de la suma asegurada.

Nombre(s) del(los) beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la suma asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si ☐ No ☐		Compañía Suma asegurada		
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si ☐ No ☐		En caso afirmativo ¿Por qué motivo?		
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión, y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso, para proporcionar a BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a todos mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México la información de su conocimiento y que a su vez BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y fecha:	
Firma del contratante	Firma del solicitante

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.bbvasseguros.mx

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

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.



Seguros

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.

“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 29 de septiembre de 2011, con el número CNSF-S0079-0419-2011 y del día 08 de febrero de 2016, con el número RESP-S0079-0649-2015/CONDUSEF-000662-03”.

Para expresar alguna inconformidad o mayor información sobre el producto de seguros vía correo electrónico a uneseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000, ext. 46115 desde toda la república mexicana o visite www.bbvasseguros.mx; o bien comuníquese a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx; telefono 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 horas al número: (55) 1102 0000 desde toda la república mexicana.

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