

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre			Apellido Paterno			Apellido Materno		
RFC			CURP			Ocupación		
Fecha de nacimiento Día Mes Año			Edad _____ años			Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		
Domicilio				Número Exterior e Interior		Código Postal		
Colonia				Ciudad		Estado		
Teléfono domicilio				E-mail				

Sólo si se desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al anterior:

Domicilio de correspondencia				Entre qué calles		
Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega	

II. BASES DEL SEGURO

Moneda Nacional	Tipo de Plan ☐ A ☐ B ☐ C		
Beneficio	Suma Asegurada (en Pesos)		
	Plan A	Plan B	Plan C
Apoyo para Gastos Funerarios	100,000	125,000	200,000
Primer Diagnóstico de Cáncer	400,000	500,000	700,000
Fallecimiento por Cáncer	0	0	0

III. CUESTIONARIO DE SALUD

El solicitante presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades

- ¿Ha padecido o padece de cáncer o cualquier enfermedad de tipo maligno? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene o ha padecido SIDA o cualquier enfermedad relacionada con el virus VIH? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene o ha padecido de tumores o lesiones premalignos o malignos en alguna parte del cuerpo? ☐ Sí ☐ No
- ¿Fuma hoy o cuándo fumó, consumió más de una cajetilla diaria? ☐ Sí ☐ No

Sólo mujeres:

- ¿Ha tenido algún diagnóstico que haya requerido estudio por tratamiento con respecto a tumores premalignos o malignos en el aparato reproductor femenino y el busto? ☐ Sí ☐ No

Sólo hombres:

- ¿Ha tenido algún diagnóstico que haya requerido estudio por tratamiento con respecto a tumores premalignos o malignos en el aparato reproductor masculino y la próstata? ☐ Sí ☐ No

IV. BENEFICIARIOS

Se determina como beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado, en ausencia de estos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado por partes iguales.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento el Asegurado podrá designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales a la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

Cuando no existan beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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.

V. OPCIONES DE PAGO

Autorizo se cargue a mi cuenta la prima de

\$ M.N.

Forma de pago

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Tipo de pago

Banco

☐ Tarjeta de crédito

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO:

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en 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 que correspondan, 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.

“Este documento sólo 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.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 e n la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga: www.bbvasseguros.mx/disposiciones-legales-vigentes

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.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud

_____, a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

“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 4 de Febrero de 2010, con el número CNSF-S0079-0841-2009/CONDUSEF-000109-03”.

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