

I. DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento Año Mes Día	RFC
CURP	Ocupación	No. Empleado
Domicilio	Número Exterior e Interior	Código Postal
Colonia	Ciudad	Estado
Teléfono domicilio	Teléfono celular	E-mail

Tipo de cobertura	Individual ☐	Conyugal ☐
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Solo si se desea contratar la Cobertura Conyugal:

Nombre del Cónyuge o Concubina(ario)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento Año Mes Día	RFC
CURP	Ocupación	

II. BASES DEL SEGURO

Moneda Nacional	Tipo de Plan
Beneficio	Suma Asegurada
Apoyo para Gastos Funerarios Apoyo para Gastos por Hospitalización Deducible	Días de Hospitalización 3 hasta 15 16 hasta 35 Más de 35 48 horas

La suma asegurada del Beneficio de Apoyo para Gastos por Hospitalización es acumulable para un mismo evento o padecimiento, así como sus recaídas, de acuerdo al número de días de hospitalización, los cuales se sumarán y considerarán como una sola reclamación, pagándose como máximo la suma asegurada estipulada del rango de días de hospitalización en que se encuentre dicha reclamación.

III. BENEFICIARIOS

Para el caso de cobertura individual, se determina como beneficiarios del asegurado titular a su cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del asegurado titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar la cobertura conyugal, el beneficiario del asegurado cónyuge de que se trate, será el otro asegurado, en ausencia de ambos, serán beneficiarios los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del asegurado titular por partes iguales y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el titular o el cónyuge o cualquiera de los dependientes económicos mayores de edad deseen que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento podrán 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 titular o cónyuge o de cualquiera de los dependientes económicos, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el titular o cónyuge o dependientes económicos mayores de edad.

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.

IV. OPCIONES DE PAGO

Autorizo se cargue a mi cuenta la prima de Forma de pago

\$ ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Tipo de pago

☐ Cuenta de cheques - -

☐ 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 darán 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.

En virtud de la ocupación que he manifestado, declaro que mi actividad no está relacionada con:

1. Prestar servicios en cualquier organismo policiaco, cuerpos Militares o de Marina, de seguridad privada, guardaespaldas o utilizar armas para el desempeño de su trabajo.
2. Laborar, ser ayudante, auxiliar o similar en rastros, fundiciones, manejo de explosivos, ingeniería marítima, canteras, erección de andamios a más de dos pisos de altura, pozos de petróleo off-shore, trabajos subterráneos, embarcaderos, albañil, bombero, electricista de alto voltaje o piloto fumigador.
3. Ser chofer de transporte de carga de materiales peligrosos o inflamables u operar camiones de volteo, palas mecánicas o buldozer.

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

“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.

_____, a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

FIRMA DEL SOLICITANTE CÓNYUGE

(Únicamente si se contrata la Cobertura Conyugal)

“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 3 de febrero de 2006, con el número CNSF-S0079-0569-2005/CONDUSEF-000482-03”.

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

BBVA Seguros México, S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA México
Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600. Ciudad de México

Servicio de Atención al Cliente
Desde toda la República (55) 1102 0000