

## I. DATOS DEL CONTRATANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RFC	CURP	Ocupación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	Número exterior e interior	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colonia	Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entre qué calles	Teléfono domicilio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Motivo de la suspensión de pago de primas:	Horario de entrega	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## II. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (Sólo en caso de que sea distinto al Contratante)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RFC	CURP	Ocupación

## III. CUESTIONARIO DE SALUD Y ACTIVIDADES

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

Sexo	Fecha de nacimiento	Peso	Estatura
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm

### ¿Presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Hipertensión arterial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cáncer o tumores malignos, leucemia, lupus	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabetes en cualquiera de sus tipos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedades crónicas o incurables	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangrado del tubo digestivo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfisema, asma crónica, tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cirrosis hepática, hepatitis crónica ("A" o "B"), pancreatitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas relacionados con el corazón, sistema circulatorio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SIDA, seropositivo al VIH o enfermedades de la sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trastornos neurológicos, cerebrovasculares, mentales, depresión nerviosa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal o afección de ambos riñones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Extirpación de algún órgano importante o parte de él	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Con respecto a sus hábitos, seleccione solamente una opción para cada caso:

a) Fuma cigarro, cigarrillo, puro o pipa

Nunca ha fumado	<input type="checkbox"/>
Actualmente ya no fuma	<input type="checkbox"/>
Fuma menos de 1 cajetilla diaria	<input type="checkbox"/>
Fuma de 1 a 2 cajetillas diarias	<input type="checkbox"/>
Fuma más de 2 cajetillas diarias	<input type="checkbox"/>

b) Ingiere bebidas alcohólicas como: cerveza, ron, brandy, whisky, tequila, vino tinto, vino blanco, etc.

Nunca ha bebido	<input type="checkbox"/>
Actualmente no ingiere bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>
Bebe de 1 a 5 copas a la semana	<input type="checkbox"/>
Bebe de 6 a 20 copas a la semana	<input type="checkbox"/>
Bebe más de 20 copas a la semana	<input type="checkbox"/>

Con respecto a su actividad, actualmente:

- ¿Tiene incapacidad total y permanente o tiene invalidez total y permanente? Sí  No
- ¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses que implique hospitalización de más de 72 horas? Sí  No
- ¿Es chofer, cobrador o ayudante de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera cualquier equipo de contratistas? Sí  No
- ¿Se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador? Sí  No
- ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo? Sí  No
- ¿Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, cuerpos militares o de Marina, de seguridad privada, es guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo? Sí  No

#### IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

¿Desea designar nuevos Beneficiarios?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
	Total	100%

#### 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 nombre 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.

Autorizo se cargue a mi cuenta la prima de

\$

Tipo de pago

- Tarjeta de crédito
- Cuenta de cheques

## 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 para que en caso de ser necesario proporcionen a Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, toda la información relacionada con mi estado de salud.

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

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Montes Urales 620, 2o Piso, Col. Lomas de Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México D.F., recaba sus datos para verificar su identidad.

El Aviso de Privacidad Integral actualizado está en cualquiera de nuestras Oficinas y en [www.segurosbancomer.com.mx](http://www.segurosbancomer.com.mx)

## CONSENTIMIENTO EXPRESO

Otorgo mi consentimiento a Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V. para que se traten mis datos personales sensibles y/o financieros, en su caso, para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros sólo para éstos fines.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
(En caso de que sea distinto al Prospecto a Asegurar)

**“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”.**

-----  
Para uso exclusivo de la Institución

## DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA REHABILITACIÓN

Nombre	_____			Firma _____
N.º empleado	_____			
Fecha	Día (DD)	Mes (MM)	Año (AAAA)	

**“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 noviembre de 2006, con el número CNSF-S0079-0580-2006 y a partir del día 5 de octubre de 2010, con el número BADI-S0079-0096-2010”.**