

Tipo de Plan	Fijo	Creciente: <input type="checkbox"/> 10% ó <input type="checkbox"/> 20%	Renta Solicitada \$		Número de Rentas	
Nombre de la persona a asegurar			RFC		Ocupación	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Peso kg	Estatura cm	Nacimiento	DÍA MES AÑO
Domicilio					Teléfono	
Colonia			Ciudad	Estado	Código Postal	

Domicilio de correspondencia					Teléfono oficina	
Colonia			Ciudad	Estado	Código Postal	

¿La persona a asegurar, presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes en cualquiera de sus tipos
Cáncer o Tumores Malignos
Leucemia o Lupus
Enfisema Pulmonar o Bronquitis Crónica
Osteoporosis
SIDA o Seropositivo al VIH

Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No

Hipertensión Arterial
Insuficiencia Renal o Pancreatitis
Insuficiencia Hepática o Cirrosis
Cardiopatía (Infarto o Isquemia o Arritmia)
Embolia o Derrame Cerebral
Aneurisma o Trombosis

Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No

Con respecto a su actividad actualmente:

¿ Tiene alguna incapacidad por invalidez total y permanente?
¿ Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que impliquen hospitalización de más de 72 horas?
¿ Es chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera camiones de volteo, palas mecánicas o buldozer?
¿ Se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador?
¿ Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo?
¿ Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, cuerpos Militares, de Marina o de seguridad privada, guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?

Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No
Si	No

Beneficiario (es la persona que cobrará la renta mensual)	Parentesco	%
---	------------	---

Opciones de compra

Autorizo se cargue a mi cuenta la prima de

Forma de pago

\$ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Tipo de pago

<input type="checkbox"/> Ventanilla	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="text"/>
-------------------------------------	---	----------------------

☐ Cuenta de cheques

--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

--

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.

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 29 de noviembre de 2005, con el número CNSF-S0079-0650-2005/CONDUSEF-000209-04".

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