

Póliza actual

Fecha de llenado

Día

Mes

Año

Datos del Asegurado

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Conteste solo aquellos espacios en los que desee hacer modificaciones.

Datos del Asegurado ☐ Modificar

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Ocupación

RFC

Teléfono (clave de larga distancia)

Fecha de nacimiento

Sexo

Peso

Estatura

Día

Mes

Año

☐ M ☐ F

kg

cm

Domicilio (calle, número, colonia)

Ciudad

Estado

C.P.

Datos del Cónyuge ☐ Incluir ☐ Eliminar ☐ Modificar

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Ocupación

RFC

Teléfono (clave de larga distancia)

Fecha de nacimiento

Sexo

Peso

Estatura

Día

Mes

Año

☐ M ☐ F

kg

cm

Domicilio (calle, número, colonia)

Ciudad

Estado

C.P.

Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)

Ciudad

Estado

C.P.

VidaSegura. En caso de aumento o disminución en suma asegurada, favor de contestar lo siguiente.

Suma asegurada actual	Peso	Estatura
\$	kg	cm
Suma asegurada solicitada	Peso	Estatura
\$	kg	cm

FamiliaSegura. En caso de aumento o disminución en monto de renta y/o plazo de rentas asegurado, favor de contestar lo siguiente.

Monto de renta actual	Plazo de rentas	Peso	Estatura
\$		kg	cm
Monto de renta solicitada	Plazo de rentas	Peso	Estatura
\$		kg	cm

Por favor, conteste las siguientes preguntas.

Para efectos de disminución de suma asegurada no se requiere contestar el cuestionario de salud y actividades.

¿El Asegurado Titular o el Asegurado Cónyuge, o los dos, presentan o han presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes en cualquiera de sus tipos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer o tumores malignos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia renal o pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Leucemia o lupus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia hepática o cirrosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema pulmonar o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cardiopatía (infarto, isquemia, arritmia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embolia o derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aneurisma o trombosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Con respecto de su actividad, actualmente el Asegurado Titular o el Asegurado Cónyuge o los dos:

¿Tiene alguna incapacidad total o 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 de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera camiones de volteo, palas mecánicas o bulldozer?

☐ 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 profesional?

☐ Sí ☐ No

¿Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, cuerpos militares, de marina o seguridad privada, es guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?

☐ Sí ☐ No

Cambio en la designación de Beneficiarios

Del Titular				Parentesco		%		
1)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)					
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)						Fecha de nacimiento		
						Día	Mes	Año
Ciudad			Estado		C.P.			
2)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)					
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)						Fecha de nacimiento		
						Día	Mes	Año
Ciudad			Estado		C.P.			
3)	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)					
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)						Fecha de nacimiento		
						Día	Mes	Año
Ciudad			Estado		C.P.			
					Total	100%		

Del Cónyuge			Parentesco		%	
1) Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)						
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)					Fecha de nacimiento	
					Día Mes Año	
Ciudad		Estado		C.P.		
2) Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)						
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)						
					Día Mes Año	
Ciudad		Estado		C.P.		
3) Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)						
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)					Fecha de nacimiento	
					Día Mes Año	
Ciudad		Estado		C.P.		
				Total	100%	

Cambio en la forma de pago o número de cuenta

Forma de pago actual				Forma de pago solicitada			
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual				<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual			
Número de cuenta actual				Modificación a la cuenta de cargo			

Indemnización en caso de muerte simultánea

Si el seguro es adquirido en Plan Conyugal y ocurriera la muerte simultánea del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge, se considerará, para efectos de la indemnización, que ocurrió primero el fallecimiento del Asegurado Titular, pagándose la suma asegurada que proceda a los Beneficiarios por él designados.

Advertencia para la designación de Beneficiarios

En caso que se desee nombrar a Beneficiarios menores de edad, no se deberá 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 nombrarse los tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran el 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 toda la minoría de edad de ellos legalmente puede implicar que se nombre 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 al mayor para disponer de la suma asegurada.

Declaración del Titular y del Cónyuge en caso de estar asegurado

De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes con relación a las preguntas de esta solicitud como las 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 u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos 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.

Se firma la presente el _____ de _____ de _____.

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.

Nombre y firma del Titular

Nombre y firma del Cónyuge