

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
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses que implique hospitalización de más de 72 horas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajeros) u opera camiones de volteo, palas mecánicas o bulldozer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero o piloto fumigador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo profesional?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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			
Ciudad		Estado		C.P.		Día	Mes	Año
2) Apellido paterno			Apellido materno		Nombre(s)			
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)					Fecha de nacimiento			
Ciudad		Estado		C.P.		Día	Mes	Año
3) Apellido paterno			Apellido materno		Nombre(s)			
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)					Fecha de nacimiento			
Ciudad		Estado		C.P.		Día	Mes	Año
					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