BBVA Seguros

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA
Seguro de Grupo sobre la Vida de Deudores

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE ACREDITADO ☐ COACREDITADO ☐ CÓNYUGE ☐

Nombre de la persona a asegurar				
Estado civil	RFC	Ocupación	Régimen conyugal	
Fecha de nacimiento / /	Edad	Sexo M ☐ F ☐	Peso kg	Estatura cm
Plazo del crédito años	Monto del crédito solicitado	Moneda	Teléfono	
Domicilio (calle, número, colonia)				
Ciudad	Estado	C.P.		
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)				
Ciudad	Estado	C.P.		

¿EL SOLICITANTE PRESENTA O HA PRESENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

Diabetes en cualquiera de sus tipos	Sí ☐	No ☐	Insuficiencia renal	Sí ☐	No ☐
Problemas relacionados con el corazón, infarto, sistema circulatorio	Sí ☐	No ☐	SIDA o seropositivo al VIH o enfermedades de la sangre	Sí ☐	No ☐
Hipertensión arterial sistémica	Sí ☐	No ☐	Trastornos neurológicos, evento o accidente cerebrovascular	Sí ☐	No ☐
Cirrosis hepática, hepatitis (“B” o “C”), pancreatitis	Sí ☐	No ☐	Trastornos nerviosos, mentales o depresión	Sí ☐	No ☐
Enfisema crónica o insuficiencia respiratoria	Sí ☐	No ☐	Extirpación o trasplante de algún órgano o parte de él	Sí ☐	No ☐
Cáncer o tumores malignos, leucemia	Sí ☐	No ☐	Enfermedades crónicas incurables	Sí ☐	No ☐
Lupus, artritis reumatoide	Sí ☐	No ☐			

EL SOLICITANTE ACTUALMENTE:

¿Está sujeto a algún tipo de tratamiento médico mayor a seis meses?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene alguna limitación física para desempeñar su actividad, profesión u ocupación actual?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene alguna lesión o afección de columna vertebral?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene alguna lesión o afección visual o auditiva? (no considera uso de lentes, miopía y astigmatismo)	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, piloto de aeronave, minero u obrero manejando explosivos?	Sí ☐	No ☐
¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo?	Sí ☐	No ☐

Firma del Solicitante

SIN VALIDEZ

BBVA Seguros

BREVE DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación con las preguntas de esta solicitud como las conozco o debiera conocer a la fecha de su firma, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a que la Institución considere rescindido de pleno derecho la Póliza de conformidad con los artículos 8, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y, en consecuencia, a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios relacionados con la profesión médica para que, en caso de ser necesario, proporcionen a BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, o a quien este designe, toda la información relacionada con mi historial clínico.

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.bbvaseguros.mx

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingrese a la liga www.bbvaseguros.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvaseguros.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga: www.bbvaseguros.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.

Lugar y fecha: _____

_____
Firma del Solicitante

SIN VALIDEZ

BBVA Seguros

“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 23 de abril de 2013, con el número CNSF-S0079-0053-2013/CONDUSEF-000591-03 y a partir del día 02 de mayo de 2006, con el número BADI-S0079-0015-2006/CONDUSEF-G00229003”.

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

SIN VALIDEZ