BBVA Seguros

SOLICITUD

VIDASEGURA HIPOTECARIO
Gubernamental y Paraestatal

Fecha de solicitud / /

DATOS DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR (ACREDITADO)

Nombre
RFC | CURP | Ocupación
Fecha de nacimiento / / | Sexo M☐ F☐ | Peso kg | Estatura cm | País de nacimiento
Nacionalidad | Domicilio
Colonia | Alcaldía o municipio | Estado
C.P. | Ciudad | Entre que calles
Teléfono | Correo electrónico

DATOS DEL COACREDITADO O CÓNYUGE

(Solo si se desea contratar la cobertura en forma Coacreditado o Conyugal para el Beneficio Básico y Coberturas Adicionales)

Nombre
Coacreditado ☐ | Cónyuge ☐ | RFC | CURP
Ocupación | Fecha de nacimiento / / | Sexo M☐ F☐ | Peso kg | Estatura cm
País de nacimiento | Nacionalidad

SELECCIONE LA FORMA DE ENTREGA DE SU DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

1) Acepto la entrega de mi documentación contractual a mi correo electrónico: Sí☐ No☐
2) Acepto la entrega de mi documentación contractual al siguiente domicilio: Sí☐ No☐

Domicilio
Colonia | Alcaldía o municipio | Estado
C.P. | Ciudad | Entre que calles
Teléfono | Horario de entrega de correspondencia

CUESTIONARIO PARTICULAR DEL PRODUCTO

¿El solicitante Titular o Coacreditado o Cónyuge, presentan o han presentado alguna de las siguientes enfermedades?

	Asegurado Titular	Coacreditado o Cónyuge
Diabetes en cualquiera de sus tipos	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Problemas relacionados con el corazón, infarto, sistema circulatorio	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Hipertensión arterial sistémica	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Cirrosis hepática, hepatitis (“B” o “C”), pancreatitis o insuficiencia renal	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Enfisema, asma crónica, insuficiencia respiratoria	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Cáncer o tumores malignos, leucemia	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Lupus, artritis reumatoide	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Sida o seropositivo al VIH o enfermedades de la sangre	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Trastornos neurológicos, evento o accidente cerebro-vascular	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Transtornos nerviosos, mentales o depresión	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Extirpación o transplante de algun órgano o parte de él	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐
Enfermedades crónicas o incurables. Especifique:_____	Sí☐ No☐	Sí☐ No☐

Firma del Asegurado Titular

Firma del Coacreditado o Cónyuge
(Solo si se contrata en plan)

SIN VALIDEZ

BBVA Seguros

SOLICITUD
VIDASEGURA HIPOTECARIO
Gubernamental y Paraestatal

El Solicitante Titular o Coacreditado o Cónyuge actualmente:	Asegurado Titular	Coacreditado o Cónyuge
¿Está sujeto a algún tipo de tratamiento médico mayor a seis meses?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Tiene alguna lesión o afección de columna vertebral?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Tiene alguna lesión o afección visual o auditiva? (no considerar uso de lentes, miopía y astigmatismo)	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que implique hospitalización de más de 72 horas?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Es chofer de transporte urbano o foráneo (carga o pasajero) u opera camiones de volteo, palas mecánicas o buldozer?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Se desempeña como albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero, piloto de aeronave, minero u obrero manejando explosivos?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, te contactarémos para solicitarte información complementaria sobre el padecimiento declarado.

BREVE DESCRIPCION DE FUNCIONES

Asegurado Titular	Coacreditado o Cónyuge

Firma del Asegurado Titular

Firma del Coacreditado o Cónyuge
(Solo si se contrata en plan)

SIN VALIDEZ

BASES DEL SEGURO					
Cobertura básica	Fallecimiento	Moneda	Nacional	Plazo de crédito	años
Suma asegurada solicitada				Regla de suma asegurada	Saldo insoluto no vencido
Beneficios adicionales				Suma asegurada solicitada	
Invalidez total y permanente					

BENEFICIARIO IRREVOCABLE

BBVA México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México.

En caso de siniestro la suma asegurada será pagada al Beneficiario Irrevocable. Cuando la suma asegurada exceda el saldo insoluto no vencido al momento del fallecimiento del Asegurado, el remanente será pagado a los Beneficiarios Designados:

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Beneficiarios del Titular

Se determina como Beneficiarios del Titular a su Cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado Titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los Beneficiarios, en cualquier momento podrán designar o cambiar sus Beneficiarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo.

Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución. Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Beneficiarios del Coacreditado o Cónyuge

Se determina como Beneficiarios del Coacreditado o Cónyuge en primer lugar a su Cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los Beneficiarios, en cualquier momento podrán designar o cambiar sus Beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo.

Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución.Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

SIN VALIDEZ

SIN VALIDEZ

ADVERTENCIA PARA BENEFICIARIOS DESIGNADOS

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 solo 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.

"Para los efectos legales a que haya lugar, BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, se obliga a notificar por escrito al Asegurado y al Beneficiario Irrevocable de esta Póliza, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar este contrato, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones contundentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Institución pague a los Beneficiarios la suma asegurada correspondiente."

"El Asegurado y el Beneficiario Irrevocable, deberán informar por escrito a la Institución su domicilio o el cambio del mismo, ya que de lo contrario dicha Institución quedará liberada de la obligación a que se refiere el párrafo anterior, efectuando dicha notificación en el último domicilio del que tiene conocimiento."

"Los causahabientes del Asegurado tendrán derecho a exigir que la Institución pague al Beneficiario Irrevocable del seguro el importe del saldo insoluto no vencido a la fecha del siniestro amparado por el seguro"

Opciones de pago

Autorizo se cargue la prima de este seguro a la mensualidad del crédito hipotecario.

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 de 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.

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

"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, podrán consultar las exclusiones y limitantes del presente producto a través de la página web: www.bbvaseguros.mx

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa 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 patrimoniales, financieros y sensibles, conforme al Aviso de Privacidad.

Con la suscripción de la presente solicitud, el Contratante y/o Asegurado acepta que se le ha informado de manera amplia, clara y detallada sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada.

Sucursal o canal de venta: Sucursal

Ciudad de México, a _____ de _____ de _____.

Firma del Asegurado Titular	Firma del Coacreditado o Cónyuge (Solo si se contrata en plan)

“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 25 de Febrero de 2021, con el número CNSF-S0079-0496-2020/CONDUSEF-004612-01”.

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 08:30 a 19:00 hrs.

Desde toda la república mexicana: 55 1102 0000

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