BBVA Seguros

SOLICITUD DE SEGURO
VidaSegura Personal

Solicitud No.:

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
RFC	CURP	Ocupación

Domicilio	Número Exterior e Interior	Código Postal

Colonia	Ciudad	Estado
Teléfono domicilio	E-mail	

Sólo si se desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al anterior:

Domicilio de correspondencia	Entre qué calles

Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (Sólo en caso de que sea distinto al Contratante)

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
RFC	CURP	Ocupación

BASES DEL SEGURO

Moneda	Beneficio Básico	Suma asegurada

¿Desea contratar alguno de los siguientes Beneficios Opcionales?

	Beneficio Opcional	Suma asegurada
☐ Sí ☐ No	Muerte Accidental	
☐ Sí ☐ No	Primer Diagnóstico de Cáncer	

SIN VALIDEZ

SIN VALIDEZ

CUESTIONARIO DE SALUD

La información que a continuación se solicita deberá ser proporcionada por la persona a asegurar:

Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso	Estatura
F ☐ M ☐	01-12-1985	_____ Kgs.	_____ cms.

¿Presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Hipertensión arterial	☐ ☐	Cáncer o tumores malignos, leucemia, lupus, tumores o lesiones premalignas	☐ ☐
Diabetes en cualquiera de sus tipos	☐ ☐		
Osteoporosis	☐ ☐	Enfermedades crónicas o incurables	☐ ☐
Enfisema, asma crónica, tuberculosis	☐ ☐	Sangrado del tubo digestivo	☐ ☐
Problemas relacionados con el corazón, sistema circulatorio	☐ ☐	Cirrosis hepática, hepatitis crónica ("A" o "B"), pancreatitis	☐ ☐
Trastornos neurológicos, cerebrovasculares, mentales, depresión nerviosa	☐ ☐	SIDA o seropositivo al VIH o enfermedades de la sangre	☐ ☐
Extirpación de algún órgano importante o parte de él	☐ ☐	Insuficiencia renal o afección de ambos riñones	☐ ☐

¿Tiene incapacidad total y permanente o tiene invalidez total y permanente? ☐ ☐

¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que implique hospitalización de más de 72 horas? ☐ ☐

Sólo mujeres:

¿Ha tenido algún diagnóstico que haya requerido estudio por tratamiento con respecto a tumores premalignos o malignos en el aparato reproductor femenino y el busto? ☐ ☐

Sólo hombres:

¿Ha tenido algún diagnóstico que haya requerido estudio por tratamiento con respecto a tumores premalignos o malignos en el aparato reproductor masculino y la próstata? ☐ ☐

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Porcentaje
	Total	**100%**

ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACION 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.

OPCIONES DE PAGO

Forma de pago

Tipo de pago

Banco _____

_____

En caso de pago denominado en dólares USA, autorizo se cargue a mi cuenta la prima de	Tipo de cambio a la fecha	Prima de primer recibo (para el caso de dólares USA y moneda nacional)
$ **USD**		**$** **M.N.**

La prima de los recibos subsecuentes estará denominada en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USA), sin embargo, conforme a la Ley Monetaria vigente, se cobrará en el equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se efectúe el pago.

SIN VALIDEZ

DECLARACION 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.

"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 No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas 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, patrimoniales, financiero y sensibles de conformidad con el 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.

_____, a _ _ de_____ de _____

_____	_____
FIRMA DEL CONTRATANTE	**FIRMA DEL ASEGURADO** (En caso de que sea distinto al Contratante)

SIN VALIDEZ

"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 agosto del 2014 **, con el número** CNSF-S0079-0400-2014/CONDUSEF-000100-03".

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.
Desde toda la República **(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, Codigo Postal 11320, Alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. 55 35 47 39 21. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com.

SIN VALIDEZ