BBVA Seguros

SOLICITUD
Seguro Vida Crédito Pyme

I. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR **No. De Solicitud:**

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
RFC	CURP	Ocupación
Domicilio		
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	Código Postal
Colonia	Ciudad
Estado	Teléfono oficina
Entre qué calles	Horario de entrega

II. BASES DEL SEGURO

Moneda:	Beneficio Básico:	Beneficio Adicional:	Suma asegurada:

III. CUESTIONARIO DE SALUD

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

Sexo F ☐ M ☐	Fecha de Nacimiento	Peso _____ Kgs.	Estatura _____ cms.

¿El solicitante presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No
a) Cáncer o tumores malignos		
b) Insuficiencia renal crónica		
c) Enfermedades del hígado (cirrosis, hepatitis B o C, o insuficiencia hepática)		
d) Diabetes Mellitus o sus complicaciones		
e) Hipertensión Arterial Sistémica o sus complicaciones		

IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Beneficiario Irrevocable:

Nombre:

En caso de siniestro la suma asegurada será pagada al beneficiario irrevocable.

Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Servicio al Cliente
Desde el interior de la república
55 9171 4110

SIN VALIDEZ

BANCO

Cuando la suma asegurada exceda el Saldo Insoluto no vencido al momento del fallecimiento del Asegurado, el remanente será pagado a los beneficiarios designados:

Se determina como beneficiarios del asegurado a su cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del asegurado 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 podrá 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.

ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN 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.

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".

V. OPCIONES DE PAGO

Autorizo se cargue a mi cuenta la prima de _____ Forma de pago:

Tipo de pago

Tarjeta de crédito _____

X Cuenta de cheques _____

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.

SIN VALIDEZ

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, toda la información relacionada con mi estado de salud.

_____

Ciudad de México a de de

_____
FIRMA DEL ASEGURADO

“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.”

“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 26 de junio de 2015 , con el número CNSF-S0079-0251-2015/CONDUSEF-000101-03".

SIN VALIDEZ

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs.
CDMX y zona metropolitana:
Desde el interior de la república:
Desde celular:

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.mx

SIN VALIDEZ