

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Denominación Social		Ingresos mensuales	
RFC	FIEL	CURP	
País de nacimiento	Nacionalidad	Ocupación	
Domicilio		Colonia	
Alcaldía o Municipio	Código Postal	Ciudad	Estado
Correo electrónico		Teléfono	

II. DATOS DEL EMPLEADO

Nombre o Denominación Social		
Correo electrónico	No. de empleado	Sucursal / Edificio corporativo

III. DATOS DEL ASEGURADO

(Llenar solo en caso de que sea diferente al Contratante)

Nombre o Denominación Social		Ingresos mensuales	
RFC	FIEL	CURP	
País de nacimiento	Nacionalidad	Ocupación	
Parentesco. Respecto al empleado del Grupo Financiero BBVA México, la persona a asegurar es su:			
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro:			

SELECCIONE LA FORMA DE ENTREGA DE SU DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

1. Acepto la entrega de mi documentación contractual al siguiente domicilio Sí _____ NO _____

Domicilio		Colonia	
Alcaldía o Municipio	Código Postal	Ciudad	Estado
Entre qué calles	Teléfono		Horario de entrega

SELECCIONE LA FORMA DE ENTREGA DE SU DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

2. Acepto la entrega de mi documentación contractual al correo electrónico

_____ @ _____ .com Sí _____ NO _____

CUESTIONARIO DE SALUD

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

Fecha de nacimiento	Género	Peso	Estatura
		kg	cm

Cuestionario de salud		
¿Tienes o has tenido alguna de las siguientes enfermedades?		
DIABETES EN CUALQUIERA DE SUS TIPOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CORAZÓN, INFARTO, SISTEMA CIRCULATORIO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA HEPÁTICA, CIRROSIS HEPÁTICA, HEPATITIS ("B" O "C"), PANCREATITIS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA PULMONAR, ASMA CRÓNICA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, EPOC	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES MALIGNOS, LEUCEMIA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LUPUS, ARTRITIS REUMATOIDE	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA RENAL O FUNCIONAMIENTO DISMINUIDO DEL RIÑÓN	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EVENTO O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (EMBOLIA O DERRAME CEREBRAL)	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANEURISMA O TROMBOSIS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CRÓNICAS O INCURABLES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿TIENE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿TIENE PROGRAMADA ALGUNA CIRUGÍA PARA LOS PRÓXIMOS 3 MESES, QUE IMPLIQUE HOSPITALIZACIÓN DE MÁS DE 72 HORAS?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DETALLE DE LA ENFERMEDAD DECLARADA

Firma del Solicitante

Con respecto a su actividad, la persona a asegurar actualmente:

(Contestar solo para familiares de empleados del Grupo Financiero BBVA México)

¿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 o fumigador? Sí NO

¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo o automovilismo? Sí NO

¿Presta sus servicios en cualquier organismo policíaco, cuerpos militares o de marina, de seguridad privada, guardaespaldas o utiliza armas para el desempeño de su trabajo? Sí NO

BREVE DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

Firma del Solicitante

IV. BASES DEL SEGURO

Cobertura	Suma asegurada solicitada
Beneficio de fallecimiento	

V. BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Nombre	Fecha de nacimiento	Domicilio	Parentesco	Porcentaje
Total				

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.

VI. OPCIONES DE PAGO	
Autorizo se cargue a la cuenta que se indica, la prima de \$ _____ m.n.	Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito
	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques
Informar una alternativa de cobro en caso de no poder cargar la prima a la cuenta anterior:	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	
<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO:

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, en 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 y lo manifestado en el cuestionario de salud.

“Este documento solo 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, 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, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, 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 sensibles, financieros y/o patrimoniales de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral.



Seguros

SOLICITUD
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
EMPLEADOS Y FAMILIARES

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.

He leído las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud y el Aviso de Privacidad y manifiesto mi consentimiento al respecto. Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que lo manifestado en el cuestionario es cierto.

_____, a _____ de _____ de _____.

Firma del Contratante

Firma del Solicitante
(En caso de que sea distinto al Contratante)

"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 30 de mayo de 2023, con el número CNSF-S0079-0133-2023/CONDUSEF-005888-01".

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: uneseuros2.mx@bbva.com

BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México.
Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Servicio de Atención al Cliente
Desde toda la república (55) 5621 6261,
opción 2