

N.º Póliza

N.º de certificado (n.º de empleado)

Nombre del Contratante (empresa o filial)		
Nombre del Asegurado Titular		Suma asegurada
Estado civil	RFC	CURP
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio (calle, número, colonia)		
Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono de casa	Teléfono de oficina	C.R. - Consultar dilintel
Correo electrónico		

Solo requisitar los datos de las persona(s) que desea incluir en el seguro:

Nombre del cónyuge o concubina(ario)		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Nombre del primer hijo		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Nombre del segundo hijo		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Nombre del tercer hijo		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Nombre del cuarto hijo		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Nombre del quinto hijo		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Nombre del 1.º ascendiente*		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Nombre del 2.º ascendiente*		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Nombre del 3.º ascendiente*		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Nombre del 4.º ascendiente*		
Sexo	Fecha de nacimiento	RFC
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

*La suma asegurada máxima para cada uno de los ascendientes será de \$25,000.00 en cualquier caso.

Cualquiera de las personas a asegurar tiene o ha tenido cualquier enfermedad o padecimiento preexistente grave, entendiéndose por preexistencia:

1. Aquella que haya sido diagnosticada por un médico previamente al inicio de la vigencia.
2. Sea aparente a la vista.
3. Aquella que por sus síntomas no pudiera pasar desapercibida.

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, mencionar quién de las personas a asegurar lo presenta o ha presentado, así como el nombre del padecimiento.

Nombre(s) de la persona	Padecimiento

Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios del Asegurado 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.

El Beneficiario del Asegurado cónyuge de que se trate, será el otro Asegurado, en ausencia de ambos, serán Beneficiarios 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.

Los Beneficiarios de los hijos serán el Asegurado Titular y su cónyuge por partes iguales y a falta de uno de ellos, el que sobreviva.

Los Beneficiarios del o los ascendiente(s) serán el Asegurado Titular y en ausencia de éste el cónyuge, en ausencia de éste, los hijos del Asegurado Titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que el Asegurado Titular o el cónyuge o los hijos mayores de edad o los ascendientes deseen 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 Titular o cónyuge o los hijos o los ascendientes, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Titular o cónyuge o hijos mayores de edad o ascendientes.

Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado Titular.

En caso de que desee nombrar Beneficiarios distintos a los antes mencionados, favor de designarlos aquí:

Beneficiarios	Parentesco (Para efectos de identificación)	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
	Total	100%

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 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.

Autorizo sea descontada de mi cuenta la parte de la prima de mi seguro que corresponde aportar y que dicho importe sea entregado a BBVA Seguros México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México. El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.



Seguros

Consentimiento Individual
Seguro de Vida Grupo Gastos Funerarios

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 darán lugar a la cancelación de la Póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a 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.

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, 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 personales sensibles, financieros y/o patrimoniales, conforme al Aviso de Privacidad.

Este certificado es único y estará vigente mientras el Asegurado realice el pago de la prima mensual.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado Titular

Firma del 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 03 de febrero de 2017, con el número CNSF-0079-0944-2016/CONDUSEF-001031-03

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