

DATOS DE LA POLIZA

Número de Póliza:	Número del Certificado:	
Fecha de Emisión:	Inicio de Vigencia de la Póliza Desde las 00:00 Hrs del 00/00/0000	Fin de Vigencia de la Póliza Hasta las 00:00 Hrs del 00/00/0000
	Inicio de Vigencia del Certificado Desde las 00:00 Hrs del 00/00/0000	Fin de Vigencia del Certificado Hasta las 00:00 Hrs del 00/00/0000
Moneda:	Forma de Pago:	Canal de Venta:

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Denominación Social:	R.F.C.:
Domicilio:	
Colonia:	Alcaldía o Municipio:
Estado:	Código Postal:
Ciudad:	

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular:	R.F.C.:
Género:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Edad:
Colonia:	Alcaldía o Municipio:
Estado:	Código Postal:
Ciudad:	Correo Electrónico:
	Fecha de Ingreso:
	Reconocimiento de Antigüedad:

DATOS DE DEPENDIENTES ECONOMICOS

Parentesco	Nombre y Apellidos	Fecha de Ingreso	Reconocimiento de Antigüedad	Fecha de Nacimiento	Género

COBERTURAS				
Coberturas Contratadas	Deducible	Coaseguro/Copago	Coaseguro Máximo	Suma Asegurada

Mediante el presente documento y de acuerdo al consentimiento otorgado por usted, esta institución certifica que ha sido aceptado para formar parte de la Colectividad asegurada bajo la póliza arriba mencionada. Los beneficios asegurados bajo la póliza mencionada serán pagados en caso de accidente o enfermedades amparadas de acuerdo con los términos y condiciones del contrato de seguro del cual forma parte este certificado.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

IMPORTANTE PARA EL (LOS) ASEGURADOS(S):

Del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

Art. 17. Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el

párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Art. 18. Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Art. 19. En los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los integrantes del grupo o colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Junto con el presente certificado se entrega un resumen con las principales cláusulas del producto, que permitirán conocer al asegurado sus derechos y obligaciones.

El presente certificado deja sin efectos cualquier otro emitido con anterioridad.

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.bbvasegurossalud.com.mx

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurossalud.com.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes.

Póliza y certificado de seguros de Gastos Médicos, con operación de coaseguro entre BBVA Seguros Salud México, SA de CV, Grupo Financiero BBVA México, y BUPA México, Compañía de Seguros, SA de CV

Ciudad de México, a ____ de ____ del ____

BBVA SEGUROS SALUD MÉXICO, S.A. DE C.V., GRUPO
FINANCIERO BBVA MÉXICO

Funcionario Autorizado

“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 5 agosto de 2026, con el número CNSF-H0704-0052-2026/CONDUSEF-007181-02”.

Atención a Sinistros

Si sufriste algún accidente o enfermedad, comunícate desde cualquier parte de la República Mexicana al (55) xxxxxxxxxx en donde te ayudaremos los 365 días del año las 24 horas del día.

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de xxxx a xxxxxxxx hrs.
Desde toda la República: (55) xxxxxxxxxx

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa ubicada en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara 1, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono (55) 52021701 ext. 5432, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas.

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C. P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas (hora del Centro de México) Tel. 55 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx