

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Instructions de llenado:
1. Llenar todos los campos claramente con letra de molde.
2. En caso de tener más de cinco dependientes, favor de llenar otro formato y adjuntarlo a éste.
Fecha:
Día Mes Año

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Nombre del Contratante (empresa o filial) N.º de Certificado (n.º de empleado) RFC
Oficina y/o sucursal Puesto Ocupación

Por el presente otorgo mi consentimiento para darme de alta en la presente Póliza de Gastos Médicos Empresarial del Contratante.

2. DATOS GENERALES
¿Usted contribuirá en el pago de la prima? Sí No ¿Con qué porcentaje contribuirá al pago de la prima? %
Domicilio del Titular (calle, número, colonia)
Ciudad Estado C.P.
Teléfono de casa Teléfono de oficina Celular Correo electrónico

3. SOLICITANTES
No. Nombre del Asegurado Titular RFC Sexo Fecha de nacimiento
1 Peso (kg) Estatura (cm) Estado civil Ciudad donde reside
2 Peso (kg) Estatura (cm) Estado civil Ciudad donde reside
3 Peso (kg) Estatura (cm) Estado civil Ciudad donde reside
4 Peso (kg) Estatura (cm) Estado civil Ciudad donde reside

|     |                              |               |                                                       |                                              |
|-----|------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| No. | Nombre del Asegurado Titular | RFC           | Sexo                                                  | Fecha de nacimiento                          |
| 3   |                              |               | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> |
|     | Peso (kg)                    | Estatura (cm) | Estado civil                                          | Ciudad donde reside                          |
|     |                              |               |                                                       |                                              |

|     |                              |               |                                                       |                                              |
|-----|------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| No. | Nombre del Asegurado Titular | RFC           | Sexo                                                  | Fecha de nacimiento                          |
| 4   |                              |               | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> |
|     | Peso (kg)                    | Estatura (cm) | Estado civil                                          | Ciudad donde reside                          |
|     |                              |               |                                                       |                                              |

**BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México** (en adelante, “**BBVA Seguros Salud**”) con domicilio en Avenida Paseo de la Reforma 510, colonia Juárez, código postal 06600, alcaldía Cuauhtémoc, en la Ciudad de México y **Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.** (en adelante, “**Bupa México**”), con domicilio ubicado Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México son responsables de tus datos personales y los recaban para verificar tu identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que contratas con nosotros, así como para enviarte ofertas, promociones y publicidad. Consulta el Aviso de Privacidad Integral en [www.bbva.mx](http://www.bbva.mx) y [bupasalud.com.mx](http://bupasalud.com.mx)

Al proporcionar los datos personales en el presente formulario, otorgo mi consentimiento a **BBVA Seguros Salud y Bupa México** para que traten mis datos personales en términos de los Avisos de Privacidad. Con respecto a los datos de mis beneficiarios, reconozco haber informado y cuento con su consentimiento para el tratamiento de sus datos, de conformidad con los Avisos de Privacidad.

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.bbvassegurossalud.com.mx](http://www.bbvassegurossalud.com.mx)

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

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.

El Contratante

Nombre completo y firma del Titular

Nombre completo y firma de representante legal o responsable de los movimientos

**"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."**

**BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México**

Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06600, Ciudad de México • [www.bbva.mx](http://www.bbva.mx)

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**

Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11320 Ciudad de México • Tel. 55 3547 3921 • [uneseguros2.mx@bbva.com](mailto:uneseguros2.mx@bbva.com)

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) Bupa México**

Avenida Ejército Nacional #843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México • Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • [une@bupa.com.mx](mailto:une@bupa.com.mx) • [www.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx)  
Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas