

**DATOS DE LA POLIZA**

**Número de Póliza:**

**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

**Moneda:** NACIONAL

**Forma de Pago:**

**Canal de Venta:**

**Plan:**

**Colectividad Asegurada:**

**Contribución al Pago de la Prima:**

**Contratante:**

**Titular:**

**DATOS DEL CONTRATANTE**

**Nombre o Denominación Social:**

**R.F.C.:**

**Domicilio:**

**Colonia:**

**Alcaldía o Municipio:**

**Estado:**

**Código Postal:**

**Ciudad:**

**PRIMAS Y COBERTURAS**

| Coberturas Contratadas | Deducible | Coaseguro/Copago | Coaseguro Máximo | Suma Asegurada |
|------------------------|-----------|------------------|------------------|----------------|
|                        |           |                  |                  |                |
|                        |           |                  |                  |                |
|                        |           |                  |                  |                |
|                        |           |                  |                  |                |
|                        |           |                  |                  |                |

| Edad | Tarifa Anual |         | Censo   |         | Costo Anual |         |
|------|--------------|---------|---------|---------|-------------|---------|
|      | Hombres      | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres     | Mujeres |
|      |              |         |         |         |             |         |
|      |              |         |         |         |             |         |
|      |              |         |         |         |             |         |
|      |              |         |         |         |             |         |
|      |              |         |         |         |             |         |
|      |              | Total   |         |         |             |         |

| Moneda | Forma de Pago de Primas | Primas Neta | IVA        | Prima Total Anual | Prima Total (Forma de Pago) |
|--------|-------------------------|-------------|------------|-------------------|-----------------------------|
|        |                         | \$xxxxxxxx  | \$xxxxxxxx | \$xxxxxxx         | \$xxxxxxx                   |

**IMPORTANTE PARA EL (LOS) ASEGURADOS(S):**

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".

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](http://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](http://www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas); para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: [www.bbvasegurossalud.com.mx](http://www.bbvasegurossalud.com.mx) en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga [www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes](http://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 de agosto de 2026, con el número CNSF-H0704-0052-2026/CONDUSEF-007181-02”.**

#### **Atención a Siniestros**

Si sufriste algún accidente o enfermedad, comunícate desde cualquier parte de la República Mexicana al (55) xxxxxxxxx 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 xxxxx hrs.  
Desde toda la República: (55) xxxxxxxxx

#### **Unidad Especial de Atención de Usuarios (UNE)**

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 I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono (55) 52021701 ext. 5432, correo electrónico [une@bupa.com.mx](mailto: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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

Atención a Siniestros:  
(55) xxxxxxxxx