

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Tu médico particular empresas



Este documento sólo 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.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre y apellidos del Administrador o Representante legal del grupo

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Nacionalidad

2. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

Datos generales de identificación del contratante persona moral

Razón o denominación social

Fecha de constitución

Folio mercantil

No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)

Día

Mes

Año

Nacionalidad

RFC con homoclave

Objeto social o giro mercantil

No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)

Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

Ciudad

Delegación o municipio

Entidad federativa

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Régimen fiscal
(consulta la página
www.sat.gob.mx)

Indicar uso de CFDI:
D07 Primas por seguro de gastos médicos
G03 Gastos en General

Origen de los recursos

Actividad económica o giro declarado

Otro, detallar origen (ej. recursos de cónyuge, padre, madre, herencia donación, pensión, inversiones):

Nombre completo

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Fecha de nacimiento

País de nacimiento

Entidad federativa de nacimiento

CURP (si cuenta con ella)

Día

Mes

Año

Nacionalidad

RFC con homoclave

No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)

Profesión u ocupación - detallar

No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)

Régimen fiscal
(consulta la página
www.sat.gob.mx)

Indicar uso de CFDI:
D07 Primas por seguro de gastos médicos
G03 Gastos en General

Domicilio del contratante persona física con actividad empresarial

Calle

No. Exterior

No. Interior

Municipio o delegación

Colonia

Entidad federativa

Ciudad o población

Código postal

Clave lada - Teléfono particular

Correo electrónico

¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno?	Sí No	Definir cargo	Dependencia	
Persona(s) que posean o controlen directa o indirectamente un % igual o superior al 25% del capital o de los derechos del voto o en su defecto del administrador único o administradores. (Sección aplicable en caso de contratante persona moral de nacionalidad mexicana)				
Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			% participación / Administrador / Director general	
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)				
Fecha de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	País de nacimiento	Nacionalidad	
Día Mes Año				
CURP (si cuenta con ella)		RFC con homoclave		
No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)			Profesión u ocupación - detallar	
Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o delegación	
Colonia		Entidad federativa		
Ciudad o población	Código postal	Clave lada - Teléfono particular	Correo electrónico	

3. VIGENCIA

Fecha inicio:	Día Mes Año	Fecha final:	Día Mes Año
---------------	----------------------------------	--------------	----------------------------------

4. COBERTURAS BÁSICAS

Consultas médicas	Estudios de diagnóstico	Medicamentos	Urgencia médica
-------------------	-------------------------	--------------	-----------------

5. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO ADICIONAL

Cobertura adicional	Incluido		Suma Asegurada
Medicamentos plus	Sí	No	3,000 MXN
Terapias de Rehabilitación	Sí	No	3,000 MXN
Maternidad	Sí	No	10,000 MXN
Dental	Sí	No	MXN
Apoyo para gastos de Hospitalización	Sí	No	MXN
Beneficio de gastos médicos por accidente o enfermedad grave durante un viaje al extranjero	Sí	No	50,000 USD
Primer diagnóstico Cáncer	Sí	No	MXN
Primer diagnóstico Infarto al miocardio	Sí	No	MXN

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Declaro bajo protesta de decir verdad que actúo en nombre y por cuenta propia, y que los valores entregados en la compañía, por concepto de pago de Prima o los que resulten de la aplicación, tienen origen lícito.

En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona (Si el cliente declaró que actúa a cuenta de un tercero, se deberán recabar datos y documentos del tercero):

Asimismo, declaro que toda la información contenida en este formulario, así como la documentación que se anexa, es real, verdadera, completa, y a la fecha: por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier error, omisión o falsedad.

También reconozco mi obligación de actualizar la información aquí descrita en el momento que existieran cambios en tanto mantenga una relación vigente con la compañía.

Como constancia, de haber leído, entendido, y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

Consiento y autorizo a las entidades pertenecientes al **Grupo Financiero BBVA México** a proporcionar y compartir información entre ellas, con el fin de activar, contratar, mantener o cancelar nuevos productos o servicios.

Estimado contratante, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: www.bbva.mx

7. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que hayan atendido con anterioridad a los asegurados y dependientes del grupo o colectividad para el restablecimiento de su salud, a proporcionar a la compañía todos los informes que refieran a su estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar la solicitud o en cualquier momento que la compañía lo considere necesario. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente hayan solicitado cobertura, para que proporcionen a la compañía la información de su conocimiento para la correcta evaluación de esta solicitud, y que a su vez, la compañía proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado para este grupo o colectividad.

Hago constar que la información y datos asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo que sirvan como evaluación para el seguro que se solicita, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo protesta de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación para pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

El contratante y/o asegurados titulares y dependientes del grupo o colectividad estará obligado a declarar por escrito a la compañía de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan incluir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por cuenta de un representante o por cuenta de otro deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, así como del tercero asegurado o su intermediario según corresponda. Lo anterior con fundamento en los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro ("LSCS").

Conozco y estoy enterado del contenido de la cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda la compañía y acepto y reconozco que de acuerdo con lo establecido en artículo 5to de LSCS que en caso de no estar de acuerdo o conforme con el contenido de la póliza tendré un plazo de 30 días para manifestar cualquier inconformidad al respecto, una vez transcurrido ese plazo reconozco que no podré solicitar modificación alguna.

La compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Esta solicitud no será válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

8. CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD			
Rango Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-17			
18-50			
51-64			
65>			
Total			

Detalles de la colectividad

Regla de asegurabilidad:	Todos los empleados		Recursos para el pago de primas:
	Gerentes		Prestación (100% Patrón) Voluntario (100% Empleado)
	Directores		
	Dependientes (Cónyuges/Concubinas(os) e Hijos)		
	Otra:		
Recursos para el pago de prima:			

¿El objeto del contrato de seguro es para garantizar prestaciones y obligaciones a cargo del contratante?

9. CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de medios electrónicos o digitales.

Por lo anterior, autorizo a la compañía a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente a la siguiente cuenta de correo electrónico:

Firma Solicitante, Contratante o Titular

10. INFORMACIÓN DEL PAGO (EL PAGO DEBE SER PRESENTADO CON LA SOLICITUD)

Nota importante: la compañía no recibe efectivo en sus oficinas, los agentes de seguros e intermediarios en general no están autorizados para recibir pagos en efectivo, cheques personales a nombre del agente o al portador.

Autorizo se cargue a la cuenta que se indica, la prima de

Mediante la forma de pago

Monto por pago fraccionado

Banco

Nota importante: Solo llenar uno de los siguientes:

Número de cuenta (10 dígitos)

Cuenta de cheques o tarjeta de crédito (16 dígitos)

CLABE de la Cuenta (18 dígitos)

11. AVISO DE PRIVACIDAD

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 Ejercito 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 y bupasalud.com.mx

Otorgo mi consentimiento a **BBVA Seguros Salud** y **Bupa México** para que traten mis datos personales, de conformidad con los Avisos de Privacidad.

12. DOCUMENTOS ANEXOS (FOTOCOPIA)

Persona Moral:

- Acta constitutiva (Testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia inscrito en el registro público que corresponda)
- Poder del Representante Legal
- Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)
- Identificación oficial del apoderado
- RFC, Cédula de Identificación Fiscal

Persona Física:

- Identificación oficial del contratante
- Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)
- CURP
- RFC, Cédula de Identificación Fiscal

10. FIRMA

Las firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones, reconocimientos, autorizaciones, designaciones y en general términos y condiciones de la presente solicitud.

Firma Solicitante, Contratante, Representante Legal o Titular		
Nombre del Administrador o Representante Legal:	Firma	Fecha
		Día Mes Año

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

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

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 • www.bupasalud.com.mx
Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas

1. INFORMACIÓN PARA CONTRATACIÓN

Nombre y apellidos del Administrador o Representante legal del grupo					
Nacionalidad		Razón o denominación social			
Objeto social o giro mercantil	RFC con homoclave				
Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia	
Ciudad	Delegación o municipio	Entidad federativa	Código postal	Teléfono	Correo electrónico
Régimen fiscal (consulta la página www.sat.gob.mx)				Indicar uso de CFDI: D07 Primas por seguro de gastos médicos G03 Gastos en General	
Fecha Inicio vigencia				Fecha Fin vigencia:	

2. COBERTURAS BÁSICAS

Consultas médicas	Estudios de diagnóstico	Medicamentos	Urgencia médica
-------------------	-------------------------	--------------	-----------------

3. COBERTURA ADICIONAL (selecciona las que deseas incluir)

Medicamentos Plus	3,000 MXN	Apoyo para gastos de Hospitalización	MXN
Terapias de Rehabilitación	3,000 MXN	Beneficio de gastos médicos por accidente o enfermedad grave durante un viaje al extranjero	50,000 USD
Maternidad	10,000 MXN	Primer diagnóstico Cáncer	MXN
Dental	MXN	Primer diagnóstico Infarto al miocardio	MXN

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Declaro bajo protesta de decir verdad que actúo en nombre y por cuenta propia, y que los valores entregados en la compañía, por concepto de pago de Prima o los que resulten de la aplicación, tienen origen lícito.

En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona (Si el cliente declaró que actúa a cuenta de un tercero, se deberán recabar datos y documentos del tercero):

Asimismo, declaro que toda la información contenida en este formulario, así como la documentación que se anexa, es real, verdadera, completa, y a la fecha: por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier error, omisión o falsedad.

También reconozco mi obligación de actualizar la información aquí descrita en el momento que existieran cambios en tanto mantenga una relación vigente con la compañía.

Como constancia, de haber leído, entendido, y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

Consiento y autorizo a las entidades pertenecientes al **Grupo Financiero BBVA México** a proporcionar y compartir información entre ellas, con el fin de activar, contratar, mantener o cancelar nuevos productos o servicios.

Estimado contratante, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: www.bbva.mx

5. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que hayan atendido con anterioridad a los asegurados y dependientes del grupo o colectividad para el restablecimiento de su salud, a proporcionar a la compañía todos los informes que refieran a su estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar la solicitud o en cualquier momento que la compañía lo considere necesario.

Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente hayan solicitado cobertura, para que proporcionen a la compañía la información de su conocimiento para la correcta evaluación de esta solicitud, y que a su vez, la compañía proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado para este grupo o colectividad.

Hago constar que la información y datos asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo que sirvan como evaluación para el seguro que se solicita, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra. Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo protesta de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación para pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

El contratante y/o asegurados titulares y dependientes del grupo o colectividad estará obligado a declarar por escrito a la compañía de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan incluir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por cuenta de un representante o por cuenta de otro deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, así como del tercero asegurado o su intermediario según corresponda. Lo anterior con fundamento en los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro ("LSCS"). Conozco y estoy enterado del contenido de la cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda la compañía y acepto y reconozco que de acuerdo con lo establecido en artículo 5to de LSCS que en caso de no estar de acuerdo o conforme con el contenido de la póliza tendré un plazo de 30 días para manifestar cualquier inconformidad al respecto, una vez transcurrido ese plazo reconozco que no podré solicitar modificación alguna.

La compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Esta solicitud no será válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD

Rango Edad	Hombres	Mujeres	Total	Recursos para el pago de la prima	
0-17				Porcentaje de contribución a la prima por parte del Contratante	
18-50					
51-64				Detalles de la colectividad	
65>					
Total					

7. CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de medios electrónicos o digitales.

Por lo anterior, autorizo a la compañía a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente a la siguiente cuenta de correo electrónico: _____

8. INFORMACIÓN DEL PAGO (EL PAGO DEBE SER PRESENTADO CON LA SOLICITUD)

Autorizo se cargue a la cuenta _____ o CLABE _____ emitida por el banco _____, la prima correspondiente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD

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 y bupasalud.com.mx. Otorgo mi consentimiento a **BBVA Seguros Salud** y **Bupa México** para que traten mis datos personales, de conformidad con los Avisos de Privacidad.

10. FIRMA

Las firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones, reconocimientos, autorizaciones, designaciones y en general términos y condiciones de la presente solicitud.

Firma Solicitante, Contratante, Representante Legal o Titular

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

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

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 • www.bupalud.com.mx
Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas