

Número de póliza: _____

Número de Certificado: _____

TITULAR	Nombre	Fecha de ingreso	Fecha de nacimiento	Sexo

Contratante	Vigencia	
	Desde las 12:00 hrs. del día	Hasta las 12:00 hrs. del día
	/ /	/ /

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.

BENEFICIO BÁSICO		
Suma asegurada máxima	Coaseguro por accidente	Convenio por pago directo
Deducible por accidente	Coaseguro por enfermedad	Catálogo de honorarios m/qx
Deducible por enfermedad	Base de tabulador	Tipo de plan

CLÁUSULAS Y ENDOSOS ADICIONALES	
<p>COBERTURAS EN EL EXTRANJERO</p> <ul style="list-style-type: none"> Suma asegurada máxima Deducible por accidentes Deducible por enfermedad Coaseguro por accidentes Coaseguro por enfermedad <p>URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO</p> <ul style="list-style-type: none"> Límite de la cobertura por evento Deducible por evento 	<p>MATERNIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Suma asegurada máxima Deducible por maternidad Coaseguro por maternidad <p>ACTIVIDADES DEPORTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Suma asegurada máxima Deducible Coaseguro

COBERTURAS ESPECIALES AMPARADAS

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 este certificado.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS				
Parentesco	Nombre completo	Fecha de ingreso	Fecha de nacimiento	Sexo

IMPORTE PARA EL (LOS) ASEGURADO(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.

Las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza pueden ser consultadas en www.bbvasegurossalud.com.mx

México, D. F., a ___ de ___ de ___

**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 04 de junio de 2013, con el número CNSF-H0704-0047-2012/CONDUSEF-000532-03."

BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México
Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México

Servicio de Atención al Cliente
Desde toda la República (55) 5621 7040



Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente.

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs.
Desde toda la República: (55) 5621 7040

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, Código Postal 11320, Alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. 55 35 47 39 21. 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

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Gastos Médicos Empresarial