

Instrucciones del llenado:

1. Llenar todos los campos claramente con letra de molde.
2. En caso de tener más de 5 dependientes, favor de llenar otro formato y adjuntarlo a este.

Fecha

/ /

Nombre del Contratante (empresa o filial)		N.º de Certificado (n.º de empleado)	R.F.C.
Oficina y/o sucursal	Puesto		Ocupación

Por el presente otorgo mi consentimiento para darme de alta en la Póliza de Salud Empresarial de "El Contratante".

DATOS GENERALES

¿Usted contribuirá en el pago de la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Con qué porcentaje contribuirá en el pago de la prima? _____ %			
Domicilio del titular (calle, número, colonia)							
Ciudad			Estado			C.P.	
Teléfono de casa		Teléfono de oficina			Celular		
Correo electrónico							

SOLICITANTES

1. Nombre del Asegurado Titular				R.F.C.	Sexo	Fecha de nacimiento				
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	/ /		
Peso	Estatura	Estado civil		Ciudad donde reside						
kg	cm									
Parentesco		2. Asegurado				Sexo	Fecha de nacimiento			
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	/ /
Peso	Estatura	Estado civil		Ciudad donde reside						
kg	cm									
Parentesco		3. Asegurado				Sexo	Fecha de nacimiento			
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	/ /
Peso	Estatura	Estado civil		Ciudad donde reside						
kg	cm									
Parentesco		4. Asegurado				Sexo	Fecha de nacimiento			
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	/ /
Peso	Estatura	Estado civil		Ciudad donde reside						
kg	cm									

Parentesco	5. Asegurado			Sexo	Fecha de nacimiento
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /
Peso	Estatura	Estado civil	Ciudad donde reside		
kg	cm				

Parentesco	6. Asegurado			Sexo	Fecha de nacimiento
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /
Peso	Estatura	Estado civil	Ciudad donde reside		
kg	cm				

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada uno de los solicitantes marcando con una "X" en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, las lesiones, los estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el número de solicitante de la tabla anterior.

El presente cuestionario solo aplica a los Asegurados que den su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Hábitos personales	N.º de solicitante						Especificar
	1	2	3	4	5	6	
1. ¿Consume bebidas alcohólicas (n.º de copas y frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Fuma o ha fumado? (n.º de cigarros al día)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Visita al odontólogo por lo menos una vez al año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Practica algún deporte? (deporte y frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Estado de salud Padece o ha padecido:	N.º de solicitante						Especificar
	1	2	3	4	5	6	
5. Problemas neurológicos (como epilepsia, migraña, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Enfermedades cardíacas o presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Problemas ginecológicos (como fibrosis o miomas, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Enfermedades del hígado (como hepatitis B/C o cirrosis, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. De la columna vertebral (como escoliosis o hernias discales, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Del riñón y/o del sistema urinario (como cálculos, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Enfermedades pulmonares (como asma, bronquitis o neumonía, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Problemas gástricos (como colitis, gastritis o úlcera gástrica, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Deformaciones en las articulaciones o artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Algún tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. De niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. ¿Tiene o ha tenido algún tumor maligno o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados anteriormente? (hospitalizaciones o cirugías previas o pendientes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. ¿Usa o necesita lentes de graduación?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Solo para ser contestado por solicitantes del sexo femenino:		
20. Actualmente, ¿está embarazada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Manifiesto que en el presente cuestionario médico he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, por lo que estoy de acuerdo con que cualquier omisión, inexacta o falsa declaración facultará a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para rescindir parcialmente la Póliza de seguro de Salud Colectivo que se emita, a través de la cancelación del certificado individual que se expida respecto del declarante y sus dependientes. Asimismo, autorizo a los proveedores e instituciones médicas que hubieren atendido o atiendan, tanto al suscrito como a mis dependientes, para que proporcionen a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, o a quien esta designe, los documentos e informes referentes a nuestra salud, relevando en consecuencia a dichos proveedores e instituciones médicas de toda responsabilidad relacionada con el secreto profesional. Igualmente autorizo a las compañías de seguros a las que he solicitado Pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento.

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la Póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Este documento solo 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.

BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba tus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar tu identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicitas o contratas con nosotros. Podrás consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras sucursales y en www.bbva.mx

Otorgo mi consentimiento a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para que se traten mis datos financieros y sensibles, conforme al Aviso 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.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



Seguros Salud

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 01 de junio de 2010, con el número CNSF-H0704-0121-2009 y del día 25 de febrero de 2019, con el número CGEN-H0704-0001-2019/CONDUSEF-000417-03”.

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com