

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
RFC	CURP	Ocupación
Género	Fecha de nacimiento	Edad
Domicilio	Número exterior e interior	C.P.
Colonia	Ciudad	Estado

CORRESPONDENCIA

Domicilio	Número exterior e interior	C.P.
Colonia	Ciudad	Estado
Entre las calles	Horario de entrega	Tel. Domicilio
		Tel. Oficina

DATOS DEL ASEGURADO (En caso de que sea distinto al Contratante)

Nombre	Ocupación
Género	Fecha de nacimiento
	Edad años
Domicilio	Número exterior e interior
Colonia	Ciudad
	Estado
Parentesco con el Contratante: _____	

DATOS DEL SEGURO

Plan de Seguro	Vigencia		Forma de Pago de la Prima	Moneda
	Desde las 12:00 Hrs. del	Hasta las 12:00 Hrs. del		

Primer Diagnóstico de:	Suma Asegurada	Prima		
		Anual	IVA	Total
Sección I - Afectaciones Oncológicas: - Cáncer - Leucemia y linfoma				
Sección II - Afectaciones Inmonológicas, Neurológicas y Renales: - Artritis reumatoide - Esclerosis múltiple - Lupus eritematoso sistémico - Enfermedad de Parkinson - Insuficiencia renal crónica - Glomerulonefritis				
Sección III - Afectaciones Cardiovasculares y Pulmonares: - Revascularización coronaria - Infarto al miocardio - Accidente vascular cerebral - Cardiopatía reumática - Enfisema - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Tuberculosis pulmonar				
Sección IV - Afectaciones del Aparato Digestivo y Metabólicas: - Apendicitis Aguda - Hepatitis C				
Sección V - Afectaciones Incapacitantes Permanentes: - Pérdida total de la vista - Pérdida total de la audición - Parálisis total y permanente de al menos dos extremidades				
Sección VI - Afectaciones del Aparato Genitourinario: - Virus del Papiloma-Humano - Tumor benigno de la mama - Tumor benigno del ovario				
Sección VII - Hospitalización: - Apoyo para Gastos por Hospitalización por enfermedad - Apoyo para Gastos por Hospitalización por accidente				
Servicio de Asistencia Médica	INCLUIDO			
BENEFICIARIOS DESIGNADOS				Porcentaje
Se determinan como beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado, en ausencia de estos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado por partes iguales.				100 %
Total				100 %

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento el Asegurado podrá designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución. Si alguno de los beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado. Cuando no existan beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

"Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional para disponer de la suma asegurada."

"Advertencia: En este seguro de gastos médicos, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, al pago de primas de este seguro podría representar un esfuerzo financiero importante."

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 11 de mayo de 2011, con el número CNSF-H0704-0014-2011/CONDUSEF-000465-03."

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.
Desde toda la República: (55) 1102 0038

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 Hidaigo. 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