

**CONTRATANTE**

**DOMICILIO**

**C.P. CIUDAD**

| DATOS DEL SEGURO               |                                | PRIMA DE LA COBERTURA                       |         |
|--------------------------------|--------------------------------|---|---------|
| Número de póliza               | Fecha inicial de la vigencia   | Prima anual total                           |         |
| <b>VIGENCIA</b>                |                                | Tasa de financiamiento por pago fraccionado |         |
| Desde las 00:00:01 hrs del día | Hasta las 00:00:00 hrs del día | Gastos de expedición de póliza              |         |
| Fecha de pago de la prima      | Forma de Pago                  | I.V.A.                                      |         |
|                                |                                | Prima total a pagar                         |         |
|                                |                                | Colectividad asegurada                      |         |
|                                |                                | Contribución al pago de la prima            |         |
|                                |                                | Contratante                                 | Titular |

| PROTECCION BÁSICA |                      |                                 |
|-------------------|----------------------|---------------------------------|
| Suma asegurada    | Copago por consultas | Copago laboratorio y/o gabinete |

| COBERTURAS ADICIONALES                 |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <b>Medicamentos</b>                    | <b>Servicios médicos a domicilio</b>  | <b>Dental</b>                                    |
| Suma asegurada                         | Suma asegurada máxima                 | Suma asegurada                                   |
| Copago                                 | Copago                                | Deducible anual                                  |
| <b>Ambulancia terrestre</b>            |                                       | Copago   |
| Suma asegurada                         | <b>Hospital</b>                       |  |
| Copago                                 | Suma asegurada                        | <b>Maternidad básico</b>                         |
| <b>Urgencia básica (por reembolso)</b> | Copago por hospitalización y cirugía  | Suma asegurada                                   |
| Suma asegurada                         | Copago laboratorio, imagen y gabinete | Copago por consultas                             |
| Copago                                 | Copago urgencias                      | Copago por hospitalización y cirugía ambulatoria |
|  |                                       | Copago por urgencia                              |
|  |                                       | Copago laboratorio, imagen y gabinete            |

**TARIFAS**

| Edades<br>Quinquenios | Participantes |         | Primas aceptadas |         | Costos por quinquenios |         |
|-----------------------|---------------|---------|------------------|---------|------------------------|---------|
|                       | Hombres       | Mujeres | Hombres          | Mujeres | Hombres                | Mujeres |
| 0-0                   |               |         |                  |         |                        |         |
| 1-1                   |               |         |                  |         |                        |         |
| 2-4                   |               |         |                  |         |                        |         |
| 5-9                   |               |         |                  |         |                        |         |
| 10-14                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 15-19                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 20-24                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 25-29                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 30-34                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 35-39                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 40-44                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 45-49                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 50-54                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 55-59                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 60-64                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 65-69                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 70-74                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 75-79                 |               |         |                  |         |                        |         |
| 80-120                |               |         |                  |         |                        |         |
| <b>TOTALES</b>        |               |         |                  |         |                        |         |

**LAS PRIMAS DE TARIFA NO INCLUYEN I.V.A.**

**ENDOSOS QUE SE ADHIEREN AL CONTRATO**

Las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza pueden ser consultadas en [www.bbvasegurossalud.com.mx](http://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 01 de junio de 2010, con el número CNSF-H0704-0121-2009/CONDUSEF-000417-03."

### **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](http://www.condusef.gob.mx)