

DATOS DE LA POLIZA

Número de Póliza:	Número del Certificado:	
Fecha de Emisión:	Inicio de Vigencia de la Póliza Desde las del	Fin de Vigencia de la Póliza Hasta las del
Moneda:	Forma de Pago:	Canal de Venta:
Plan:		

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Denominación Social:	R.F.C.:
Domicilio:	
Colonia:	Alcaldía o Municipio:
Estado:	Código Postal:
Ciudad:	

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular:	R.F.C.:
Género: FEMENINO	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Edad:
Colonia:	Alcaldía o Municipio:
Estado:	Código Postal:
Ciudad:	Correo Electrónico:
	Fecha de Ingreso:
	Reconocimiento de Antigüedad:

DATOS DE DEPENDIENTES ECONOMICOS

Parentesco	Nombre y Apellidos	Fecha de Ingreso	Reconocimiento de Antigüedad	Fecha de Nacimiento	Género

PRIMAS Y COBERTURAS				
Coberturas Contratadas	Deducible	Coaseguro/Copago	Coaseguro Máximo	Suma Asegurada
Consultas médicas -Hasta \$700 por servicio				
Estudios de diagnóstico -Hasta \$500 por servicio				
Medicamentos				
Urgencia médica				
Atención médica en casa				

Moneda	Forma de Pago de Primas	Prima Neta	IVA	Prima Total Anual	Prima Total (Forma de Pago)
NACIONAL					

"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, el pago de primas de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante."

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

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.

Ciudad de México, a XX de XXXX del XXXX

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 25 de noviembre del 2021, con el número CNSF-H0704-0026-2021/CONDUSEF-004880-02."

Atención a Siniestros

Si sufriste algún percance, comunícate desde toda la República al 800 990 0952 en donde te ayudaremos los 365 días del año las 24 horas del día.

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 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