

N.º de solicitud

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno			Ocupación		
RFC	CURP	Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, número, colonia)					
Ciudad		Estado		C.P.	
Teléfono de casa		Teléfono Celular		Correo electrónico	

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio del Titular (calle, número, colonia)		Entre qué calles	
Ciudad	Estado		C.P.
Teléfono		Horario de entrega	

II. DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR (En caso de que sea distinto al Contratante)

Nombre completo Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno			Ocupación		
RFC	CURP	Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Domicilio del Titular (calle, número, colonia)					
Ciudad		Estado		C.P.	
Parentesco con el Contratante		Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico	

III. FAMILIA ASEGURABLE

Parentesco	Nombre completo	Fecha de ingreso	Fecha de nacimiento	Sexo M F
1		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IV. BASES DEL SEGURO

Moneda Nacional	Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Tipo de plan <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Beneficio	Suma asegurada		
	Plan A	Plan B	Plan C
Cobertura de cirugías	\$25,000.00	\$50,000.00	\$100,000.00
Hospitalización	20% de la suma asegurada de la cobertura básica para cirugías		
Pago adicional por cirugías de Alto Costo	\$25,000.00	\$50,000.00	\$100,000.00
Servicio de Asistencia Médica	incluido / excluido		

V. CUESTIONARIO DE SALUD

Debe contestar la persona a asegurar, ya sea como solicitante Titular o como miembro de la familia asegurable. **En caso de que la respuesta sea afirmativa, marque con una X en el espacio correspondiente.**

	Titular	Miembro de la familia asegurable					
	1	1	2	3	4	5	6
1. ¿Padece alguna enfermedad crónica o incurable o para la cual haya tomado medicamento por más de 3 meses continuos? ¿Alguna hospitalización o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna discapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Algún médico le ha indicado que requiere, pudiera requerir o está usted al tanto de cualquier condición médica que pueda dar lugar a una hospitalización o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. BENEFICIARIOS

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del solicitante Asegurado (para efectos del presente apartado, el Asegurado); en ausencia de estos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los Beneficiarios, en cualquier momento el Asegurado podrá designar o cambiar a 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 a 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.

VII. OPCIONES DE PAGO

Autorizo se cargue a la cuenta que se indica, la prima de \$ _____ m.n.	Banco	
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	_____
	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	_____

Los recibos fiscales se emitirán con el siguiente domicilio:

Domicilio (calle, número, colonia)		
Ciudad	Estado	C.P.

VIII. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

De acuerdo con 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.

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.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

Aplican exclusiones y limitantes de acuerdo con las condiciones generales del producto registradas por BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las cuales pueden ser consultadas en www.bbvasseguros.com.mx

Lugar _____, a _____ de _____ de _____.

Firma del Contratante

Firma del Solicitante
(En caso de que sea distinto al Contratante)



Seguros Salud

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguro 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 enero de 2012, con el número CNSF-H0704-0044-2011/CONDUSEF-000508-03, y a partir del día 24 de septiembre de 2012, con el número CNSF-H0704-0039-2012/CONDUSEF-001636-03 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019”.