

Yo \_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_ en mi carácter de Apoderado Legal y en representación de \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_ constituida el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a quien en lo sucesivo se le denominará el Contratante, solicito de BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, a quien en lo sucesivo se le denominará la Institución, la celebración de los Contratos de seguro de Gastos Médicos Empresarial, bajo el plan que más adelante se identifica. Para tal efecto, manifiesto a continuación todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, en los términos siguientes:

## I. DATOS GENERALES

Nombre o razón social		RFC del Contratante	
Domicilio fiscal (calle, número, colonia)		Estado	C.P.
Lada - Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Giro mercantil u objeto social			

## II. ESTRUCTURA CORPORATIVA

Nombre de los socios o accionistas (Datos no necesarios en caso de entidades financieras reguladas)	%	Nombre del administrador
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Algún socio, accionista, miembro del consejo, administrador único o representante legal desempeña o ha desempeñado, en los últimos cuatro años funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional (considerando entre otros a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos) o es cónyuge o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, con alguna persona que desempeña o ha desempeñado algunas de las funciones anteriormente detalladas?

Sí  No

Favor de completar lo siguiente:

Nombre de la persona con funciones públicas destacadas	Parentesco
Nombre del accionista, miembro del consejo o administrador relacionado, su cónyuge y dependientes económicos	
Personas morales con las que mantiene vínculos patrimoniales	

### III. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Número de integrantes totales	Número de personas a asegurar
	Titulares _____ Dependientes _____
Relación de los integrantes de la Colectividad a asegurarse con el Contratante	
Características de la Colectividad a asegurarse	
¿El objeto del contrato de seguro es el garantizar una prestación u obligación por parte del Contratante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dada la actividad que desempeñan los integrantes de la Colectividad a asegurar ¿existen circunstancias que puedan implicar la ocurrencia simultánea de siniestros de varios de sus integrantes?  Sí  No  
Favor de especificar en caso de una respuesta afirmativa:

Fecha de inicio de vigencia	Fecha de vencimiento	Porcentaje de contribución en el pago de prima
Día   Mes   Año	Día   Mes   Año	El Contratante: _____ % Integrente: _____ %
Otra forma de numeración (certificados)		
<input type="checkbox"/> RFC <input type="checkbox"/> N.º de integrante <input type="checkbox"/> Consecutivo <input type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Otro.		

Edades quinquenios	Participantes	
	Hombres	Mujeres
0-19		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		
55-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75-79		
80-84		
85-89		
90-94		
95-99		
Totales		

<b>Cobertura básica</b>	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro _____ %
<b>Tope de coaseguro</b>			
<input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> Sin tope			
<b>Plan</b>			
<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo			
<b>Coberturas opcionales</b>	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro
<input type="checkbox"/> Cobertura en el extranjero			_____ %
<input type="checkbox"/> Urgencia médica en el extranjero	50,000 dólares	50 dólares	No aplica
<input type="checkbox"/> Maternidad			
<input type="checkbox"/> Actividades deportivas			
<input type="checkbox"/> Incremento al tabulador _____ % de incremento			

### IV. OTROS SEGUROS

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ramo	<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores <input type="checkbox"/> Otro: _____
Aseguradora		Desde   Día   Mes   Año
¿Cuántas solicitudes ha presentado para celebrar contratos de seguros?		¿Cuántas solicitudes le han sido rechazadas?
¿De qué aseguradora(s)?		¿Por qué motivo?



**Documentos anexos (fotocopia)**

<b>De la Sociedad</b>			
<input type="checkbox"/>	Acta constitutiva certificada. En su caso, reformas a la constitutiva con datos de inscripción en el RPPC		
<input type="checkbox"/>	Cédula fiscal de la sociedad expedida por la SHCP		
Comprobante de domicilio (no mayor a tres meses, excepto en pago de predial)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pago de predial	Recibo de teléfono	Recibo de luz	Estado de cuenta bancario
<b>Del Apoderado Legal</b>			
<input type="checkbox"/>	RFC o CURP del Apoderado Legal		
El que suscribe cuenta con poderes para:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actos de administración	Otorgar otros poderes	Pleitos y cobranzas	Actos de dominio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Suscribir títulos y operaciones de crédito	Otro: _____		
Copia certificada del poder notarial			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acta constitutiva	Poder notarial	Carta poder	
Identificación oficial			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INE	Cédula profesional	Pasaporte	Tarjeta única del servicio militar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cartilla militar	FM2 / FM3		
Sólo en caso de que el domicilio fiscal sea diferente al que aparece en la identificación oficial, comprobante de domicilio (no mayor a tres meses, excepto en pago de predial)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pago de predial	Recibo del teléfono	Recibo de luz	Estado de cuenta bancario

Los documentos anexos de su identificación y de comprobante de domicilio fueron cotejados con sus originales.

**Este documento sólo 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**

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](http://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](http://www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas) para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: [www.bbvasegurossalud.com.mx](http://www.bbvasegurossalud.com.mx) en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga: [www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes](http://www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes)

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.

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](http://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.

---

Nombre y número de asesor

---

Lugar y fecha

---

Firma del asesor

---

El Contratante

**“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 04 de junio de 2013, con el número CNSF-H0704-0047-2012 y del día 08 de enero de 2019, con el número CGEN-H0704-0005-2018/ CONDUSEF-000532-03”**

#### Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de **8:30 a 17:30 hrs.**  
Desde toda la república mexicana: **(55) 9171 4000 ext. 97092**

#### 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](mailto:uneseguros2.mx@bbva.com)