

## SOLICITUD GASTOS MÉDICOS MAYORES INDEMNIZATORIO

No. de Solicitud: \_\_\_\_\_

I. DATOS DEL CONTRATANTE				
Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno
Género	Fecha de nacimiento / /	Estado civil	Peso (kilogramos)	Estatura (metros)
Domicilio: Calle			Número exterior e interior	Colonia
Ciudad			Estado	C.P.
Teléfono de domicilio	Correo electrónico		RFC	CURP
Entre qué calles			Horario de entrega	Correo electrónico

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

Domicilio de correspondencia: Calle		Número exterior e interior	Entre qué calles	
				y
Colonia	Ciudad	Estado	C.P.	
Teléfono de domicilio	Horario de entrega		Celular	

II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (EN CASO DE QUE SEA DISTINTO AL CONTRATANTE)				
Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno
Género	Fecha de nacimiento / /	Estado civil	Peso (kilogramos)	Estatura (metros)
Domicilio: Calle			Número exterior e interior	Colonia
Ciudad			Estado	C.P.
Teléfono de domicilio	Correo electrónico		RFC	CURP

III. BASES DEL SEGURO		
Moneda	Tipo de plan	Forma de Pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
<p><b>PRIMER DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>Cáncer</p> <p>Apendicitis</p> <p>Artritis Reumatoide</p> <p>Asma</p> <p>Cardiopatía Congénita</p> <p>Cardiopatía Reumática</p> <p>Diabetes Gestacional</p> <p>Diabetes Tipo I</p> <p>Distrofia Muscular</p> <p>Eclampsia</p> <p>Embolia Pulmonar</p> <p>Enfermedad de Alzheimer</p> <p>Enfermedad de Parkinson</p> <p>Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</p> <p>Enfisema Pulmonar</p> <p>Esclerosis Múltiple</p> <p>Evento Vascular Cerebral</p> <p>Fibrosis Quística</p> <p>Glomerulonefritis</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Hepatitis C</p> <p>Herpes Zóster</p> <p>Infarto al Miocardio</p> <p>Insuficiencia Renal Crónica</p> <p>Lupus Eritematoso Sistémico</p> <p>Meningitis</p> <p>Miastenia Gravis</p> <p>Pancreatitis Aguda</p> <p>Pérdida de Extremidades</p> <p>Pérdida de la Audición</p> <p>Pérdida de la Vista</p> <p>Síndrome de Hellp</p> <p>Tuberculosis Pulmonar</p> <p>Tumor benigno de la mama</p> <p>Tumor benigno del ovario</p> <p>Virus Papiloma-Humano (Lesiones)</p>	
<p><b>Cirugías</b></p> <p>Cirugía Básica</p> <p>Ayuda por Hospitalización</p> <p>Cirugía de Alto Costo</p>	
<p><b>Asistencia médica</b></p>	

## IV. CUESTIONARIO DE SALUD

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

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del hígado, riñón, corazón, enfermedades neurológicas, respiratorias, cáncer, SIDA, diabetes, hipertensión, alguna enfermedad reumatológica, inmunológica, infecciosa o alguna otra por la que haya tomado medicamento por más de 3 meses continuos?  Sí  No

¿Se le ha informado que tiene alguna condición médica y/o que requiere alguna cirugía u hospitalización?  Sí  No

¿Conoce todos los beneficios, coberturas y exclusiones de este producto?  Sí  No

## V. 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 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.

## VI. OPCIONES DE PAGO

Autorizo que carguen a mi cuenta la prima de: \$ M.N.

Tipo de pago:

Banco \_\_\_\_\_

Tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

Cuenta de cheques \_\_\_\_\_

Los recibos fiscales se emitirán con el siguiente domicilio:

Domicilio Fiscal		No. Exterior e Interior	C.P.
Colonia	Ciudad	Estado	

## VII. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

De acuerdo a 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.



Seguros Salud

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.

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

Con independencia del medio seleccionado por el Asegurado y/o Contratante para la entrega de la documentación contractual, podrán consultar las exclusiones y limitantes del presente producto 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 podrás 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)

**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.**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular  
(En caso de que sea distinto al 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 22 de agosto de 2016, con el número CCNSF-H0704-0034-2016 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000469-03.**

**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)

"Declaro que el origen y procedencia de los fondos que por cuenta propia o en representación habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Asimismo manifiesto que los datos y documentación proporcionados en este acto son verídicos, otorgo copia fotostática de los documentos de identificación y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Autorizo expresamente para utilizar la presente información a cualquier Entidad del Grupo Financiero BBVA México que pertenezca a un grupo financiero o económico nacional o internacional cuyas filiales ofrezcan en México servicios globales a sus Clientes al contratar cualquier producto o servicio financiero con alguna de ellas, o con motivo de la relación que se mantiene o llegue a mantener con las mismas. La autorización que se otorga no implica la aceptación para que esta información se utilice por terceros distintos de las entidades financieras pertenecientes al Grupo Financiero BBVA México que pertenezcan a un grupo financiero o económico nacional o internacional cuyas filiales ofrezcan en México servicios globales a sus Clientes. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas, y asimismo, manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas".

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

Ejecutivo de ventas declara y hace constar que verifiqué la información asentada en este formato y corresponde a los documentos entregados por el cliente, asimismo cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del Cliente estampada corresponde a la asentada en esta solicitud. Además, informaré a la Institución inmediatamente cuando conozca sobre cualquier situación o cambio del que tenga conocimiento por cuanto a esta información del Cliente para la actualización del expediente del mismo.

Sucursal:

\_\_\_\_\_  
Firma del Gestor