

I. DATOS DEL CONTRATANTE		
Nombre o razón social	RFC	
Domicilio de Titular (calle, número, colonia)	Estado	C.P.
CURP (personas físicas)	Teléfono domicilio	Correo electrónico

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

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

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR								
N.º	Parentesco	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Estado civil	Género M F	Ciudad de residencia	Peso (kg)	Estatura (m)
1	Titular				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2	Cónyuge				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3	Hijo 1				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4	Hijo 2				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5	Hijo 3				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
6	Hijo 4				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Considerando únicamente los últimos 5 años, debe responderse respecto de cada una de las personas a asegurar, marcando con **"X"** en caso de que su respuesta sea afirmativa; especifique el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de requerir más espacio, favor de utilizar el reverso de este formato indicando el número de la pregunta y el parentesco de la tabla anterior.

Hábitos personales	N.º de solicitante						Especificar
	1	2	3	4	5	6	
1. ¿Consume bebidas alcohólicas? (núm. de copas y frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Fuma o ha fumado? (núm. de cigarros y frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Visita al odontólogo por lo menos una vez al año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Practica algún deporte? (deporte y frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Estado de salud	
Padece o ha padecido:	
5. Problemas neurológicos (como epilepsia, migraña, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Enfermedades cardíacas o presión arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8. Problemas ginecológicos (como fibrosis o miomas, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Enfermedades del hígado (como hepatitis B/C o cirrosis, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. De la columna vertebral (como escoliosis o hernias discales, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Del riñón y/o del sistema urinario (como cálculos, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Enfermedades pulmonares (como asma, bronquitis o neumonía, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Problemas gástricos (como colitis, gastritis o úlcera gástrica, entre otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Deformaciones en las articulaciones o artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Algún tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. De niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. ¿Tiene o ha tenido algún tumor maligno o cáncer?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados anteriormente? (hospitalizaciones o cirugías previas o pendientes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o crónica o incurable?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. ¿Ha presentado aumento o disminución de peso en el último año?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. ¿Usa o necesita lentes de graduación?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solo para ser contestado para solicitantes del sexo femenino:	
22. Actualmente ¿está embarazada? En caso afirmativo, especificar los meses de gestación y si ha tenido alguna complicación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### III. BASES DEL SEGURO

<b>Nivel Hospitalario</b>	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Bajo	<b>Moneda</b>	Nacional (MXN) _____
---------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------	----------------------

### COBERTURA BÁSICA

Suma asegurada	Deducible	Coaseguro _____%	Coaseguro máximo _____%
<b>Coberturas opcionales</b>	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro
<input type="checkbox"/> Amplia en el extranjero			_____%
<input type="checkbox"/> Atención médica por urgencia en el extranjero			_____%
<input type="checkbox"/> Ayuda por maternidad			_____%
<input type="checkbox"/> Actividades deportivas			_____%

### IV. OPCIONES DE PAGO

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

En caso de cancelación de la cuenta anterior, señalar una segunda opción de pago.

Banco	Tarjeta de crédito					—					—					—				

Los recibos fiscales se emitirán con el siguiente domicilio:

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

## V. Declaración del Asegurado

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes con 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.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que, en caso de ser necesario, proporcionen a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México toda la información relacionada con mi estado de 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.bbvaseguros.mx](http://www.bbvaseguros.mx)

Para consultar el anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingrese 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)

**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.**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

---

Firma del Contratante

---

Firma del Asegurado  
(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 10 de julio de 2010, con el número CNSF-H0704-0033-2012 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000501-03".

**Centro de Servicio al Cliente**

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs. al número: (55) 5998 5000 desde toda la república mexicana.

**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