

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"/>						
2. ¿Fuma o ha fumado? (núm. de cigarros y frecuencia)	<input type="checkbox"/>						
3. ¿Visita al odontólogo por lo menos una vez al año?	<input type="checkbox"/>						
4. ¿Practica algún deporte? (deporte y frecuencia)	<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

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

COBERTURA BÁSICA

Suma asegurada	Deducible	Coaseguro _____%	Coaseguro máximo _____%
Coberturas opcionales	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				

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