

I. DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre o razón social			
Domicilio (calle, número, colonia)			
Ciudad	Estado	C.P.	
Teléfono de domicilio		Teléfono celular	
Correo electrónico	R.F.C.	CURP	

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, colonia)			
Ciudad	Estado	C.P.	
Entre calles	Teléfono de domicilio	Horario de entrega	

II. DATOS DE LA(S) PERSONA(S) A ASEGURAR					
N.º 1	Nombre del asegurado titular				
Fecha de nacimiento*	Género*	Peso*	Estatura*	Ingreso mensual*	
/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	kg	m		
Estado civil*			Ciudad donde reside*		

*Datos correspondientes al asegurado titular.

N.º	Parentesco	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Género M F	Peso (kg)	Estatura (m)
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 1 2 3 4 5 6	Especificar
1. ¿Consume bebidas alcohólicas? (N.º 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? (N.º 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:	N.º de solicitante						Especificar
	1	2	3	4	5	6	
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. Alguna enfermedad crónica o incurable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 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. Problemas de visión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sólo para ser contestado por 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	Territorialidad <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional (MXN) <input type="checkbox"/> Dólares (USD)
--	---	--

COBERTURA BÁSICA

Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	%	Coaseguro máximo
COBERTURAS ADICIONALES				
<input type="checkbox"/> Amplia en el extranjero	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	
<input type="checkbox"/> Atención médica por urgencia en el extranjero				
<input type="checkbox"/> Ayuda por maternidad				

IV. OTROS SEGUROS

Asegurado	Tipo de seguro	Compañía	Presenta reclamaciones	Vigencia



Seguros Salud

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.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta 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 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 10 de julio de 2014, con el número CNSF-H0704-0007-2014 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000486-03"

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 08:30 a 17:30 horas 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