

Solicitud N.º

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del solicitante			
RFC		CURP (sólo en caso de Persona Física)	
Forma de pago ANUAL	Domicilio (calle, número, colonia)		
Ciudad	Estado	C.P.	
Teléfono domicilio		Correo electrónico	
Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en un domicilio diferente al del contratante, por favor, indique:			
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)			Ciudad
Estado	C.P.	Entre calles	
Teléfono oficina		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	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	/ /		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2	Cónyuge	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	/ /		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3	Hijo 1	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	/ /		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4	Hijo 2	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	/ /		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5	Hijo 3	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	/ /		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
6	Hijo 4	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	/ /		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Considerando los últimos 5 años, corresponda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, las lesiones, los estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato, indicando el número de pregunta y el parentesco de la tabla anterior.

Estado de salud	N.º de solicitante 1 2 3 4 5 6	Especificar
1. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato digestivo como litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fistulas anorrectales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Estado de salud	N.º de solicitante						Especificar
	1	2	3	4	5	6	
3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis (indicar si ya se operó), hernias en la cavidad abdominal, várices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionado en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III. EXCLUSIVO PARA MUJERES

Parentesco	¿Está actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

IV. OTROS SEGUROS

Parentesco	Tipo de seguro	Compañía	Presenta reclamaciones	Vigencia
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Manifiesto, con el carácter que me ostenta, que en la presente solicitud he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tal como las conozco y debo conocer, por lo que estoy de acuerdo con que cualquier omisión, falsa o inexacta declaración facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que se emita y para cancelar los certificados individuales que se lleguen a emitir respecto de los miembros de la colectividad asegurada y, en su caso, sus dependientes. Asimismo, autorizo a la Institución o a quien esta designe, para que pueda verificar los datos proporcionados en esta solicitud, relevándola en consecuencia de cualquier responsabilidad.

Asimismo, hago constar que conozco los términos y condiciones del plan solicitado, por lo que en caso de ser aceptada la propuesta, me comprometo a cumplir con las obligaciones que legalmente correspondan.

Igualmente, estoy de acuerdo con que la Institución tendrá 30 días contados desde la fecha de recibo de esta solicitud, para aceptarla y hacer de mi conocimiento dicha aceptación. En caso de que la solicitud no sea aceptada, o bien de que el proponente no tenga conocimiento de la aceptación, se entenderá como no celebrado el contrato.

Por último, manifiesto que se anexan a la presente solicitud, debidamente firmados, los consentimientos individuales de cada uno de los miembros de la colectividad y, en su caso, dependientes que desean quedar asegurados.



Seguros Salud

De acuerdo con 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.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las compañías de seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, la información de su conocimiento y que a su vez BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la compañía lo considere oportuno.

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)

Para expresar alguna inconformidad o mayor información sobre el producto de seguros vía correo electrónico a unseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000, ext. 46115 desde toda la república mexicana o visite www.bbvasegurossalud.com.mx; o bien comuníquese a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx. Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

“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

Para consultar el anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga: www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurossalud.com.mx en la sección de disposiciones legales vigentes o en la siguiente liga: www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes



Seguros Salud

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

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

"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 30 de noviembre de 2009, con el número CNSF-H0704-0057-2009 y del día 09 de febrero de 2016, con el número RESP-H0704-0036-2015/CONDUSEF-002126-03"

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 horas al número: 55 1102 0038 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