

Solicitud N.º

Solicitamos de BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, la celebración de un contrato de salud dental de las personas cuyos datos y condiciones se proporcionan a continuación.

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Dirección fiscal (recibo)		
Nombre o razón social		Giro o actividad
RFC	CURP (solo en caso de persona física)	
Domicilio (calle, número, colonia)		
Ciudad	Estado	C.P.

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

Nombre o razón social		Giro o actividad	
RFC	CURP (solo en caso de persona física)		
Domicilio de correspondencia (calle, número, colonia)			Ciudad
Estado	C.P.	Entre las calles	
Teléfono domicilio		Correo electrónico	

II. VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Desde	/	/	Hasta	/	/	Forma de pago
						ANUAL

III. TITULARES Y DEPENDIENTES

Número de dependientes económicos (solo Pólizas familiares)

	Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Género (M) (F)	Ocupación	Lugar de residencia	
						Estado	C.P.
Titular	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dependiente 1	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dependiente 2	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dependiente 3	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dependiente 4	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

DEDUCIBLE: Una vez por año Póliza, más el copago por cada tratamiento realizado.				
Módulo	Paciente Adulto	Número de servicios al año Póliza	Suma asegurada máxima por servicio (mayores de 13 años)	Suma asegurada máxima por servicio (menores de 14 años)
Preventivo	Consulta oral detallada y extensiva Diagnóstico Plan de tratamiento	1	No se cubre por reembolso	No se cubre por reembolso
	Profilaxis Instrucción nutricional para el control de las enfermedades dentales	1	\$176	\$120
	Aplicación tópica de flúor (únicamente para menores de 14 años)	1	No aplica	\$112
	Radiografías	4	\$32 c/u	\$32 c/u
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aun cuando no exista comunicación entre sí)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	\$240 c/u	\$240 c/u
	Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior, aun cuando no exista comunicación entre sí)		\$252 c/u	\$252 c/u
	Extracción simple	2	\$320 c/u	\$200 c/u
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)	1	\$400	No aplica

Nota: Menores de 14 años (0 a un día antes de cumplir 14 años). Mayores de 13 años (de 14 años cumplidos o mayores).

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (leer antes de firmar)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos a que se refiere este párrafo, podría originar la pérdida del derecho del Asegurado, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Enterado de lo anterior y para efectos de esta solicitud de seguro, autorizo a las instituciones médicas y médicos que me hayan atendido para que participen a **BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México**, en cualquier momento todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad por la revelación de dicha información.

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.

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 Titular
(En caso de que sea distinto al Contratante)



Seguros Salud

Para expresar alguna inconformidad o mayor información sobre el producto de seguros vía correo electrónico a uneseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000 ext. 46115 desde toda la república mexicana 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 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.

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.

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 16 de agosto de 2016, con el número CNSF-H0704-0033-2016/CONDUSEF-002121-03”.

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 08:30 a 19:00 hrs. 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