

N.° Certificado \_\_\_\_\_

DATOS DEL CONTRATANTE		
Nombre del Asegurado <small>Nombre(s)                      Apellido Paterno                      Apellido Materno</small>		
Ocupación	RFC	CURP
Fecha de nacimiento <small>Día / Mes / Año</small>	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio (calle, número, colonia)		
Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono de domicilio	e-mail	Teléfono celular

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 qué calles	Teléfono oficina	Horario de entrega

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (EN CASO DE QUE SEA DISTINTA AL CONTRATANTE)				
Nombre del Asegurado <small>Nombre(s)                      Apellido Paterno                      Apellido Materno</small>				
Ocupación	RFC	CURP		
Fecha de nacimiento <small>Día / Mes / Año</small>	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con el contratante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubina <input type="checkbox"/> Concubinario	
Domicilio (calle, número, colonia)				
Ciudad	Estado	C.P.		

BASES DEL SEGURO				
Moneda nacional	Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual			Tipo de plan <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Beneficio Primer diagnóstico de:	Suma Asegurada			
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
<b>Sección I - Afectaciones oncológicas</b> - Cáncer - Leucemias y linfomas	\$200,000	\$300,000	\$400,000	\$500,000
<b>Sección II - Afectaciones inmunológicas, neurológicas y renales</b> - Artritis reumatoide - Esclerosis múltiple - Lupus eritematoso sistémico - Enfermedad de parkinson - Insuficiencia renal crónica - Glomerulonefritis	\$200,000	\$300,000	\$400,000	\$500,000

Beneficio Primer diagnóstico de:	Suma Asegurada			
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
<b>Sección III - Afectaciones cardiovasculares y pulmonares</b> - Revascularización coronaria - Infarto al miocardio - Accidente vascular cerebral - Cardiopatía reumática - Enfisema - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Tuberculosis pulmonar	\$200,000	\$300,000	\$400,000	\$500,000
<b>Sección IV - Afectaciones del aparato digestivo y metabólicas</b> - Apendicitis aguda - Hepatitis C	20% de la Suma Asegurada del plan elegido con un máximo de \$80,000			
<b>Sección V - Afectaciones incapacitantes y permanentes</b> - Pérdida total de la vista - Pérdida total de la audición - Parálisis total y permanente de al menos dos extremidades	30% de la Suma Asegurada del plan elegido con un máximo de \$80,000			
<b>Sección VI - Afectaciones del aparato genitourinario</b> - Virus del papiloma humano - Tumor benigno de la mama - Tumor benigno del ovario	\$80,000			
<b>Sección VII - Hospitalización</b> - Apoyo para gastos por hospitalización por enfermedad - Apoyo para gastos por hospitalización por accidente	2.5% de la Suma Asegurada del plan elegido			
Servicios de asistencia médica	<b>Incluido</b>			

## CUESTIONARIO DE SALUD

Debe contestar el Asegurado Titular:

1. ¿Fuma más de una cajetilla al día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Padece o ha padecido o le han diagnosticado diabetes, hipertensión arterial, hepatitis B o C, cirrosis hepática, insuficiencia renal, glomerulonefritis, lupus eritematoso, esclerosis múltiple, algún tumor o cáncer, leucemia, virus del papiloma humano o SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Padece o ha padecido o le han diagnosticado alguna o varias enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, mentales, neurológicas, enfermedad de Parkinson, epilepsia, cardiopatía reumática, enfisema, tuberculosis o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Padece un estado de Invalidez Total y Permanente o ha padecido o ha sido tratado de alguna enfermedad como artritis reumatoide, o desorden de los ojos (excepto miopía, catarata o astigmatismo) o de los oídos (excepto infecciones leves)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Padece alguna enfermedad terminal o crónica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## BENEFICIARIOS

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado; en ausencia de estos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los Beneficiarios, en cualquier momento el Asegurado podrá designar o cambiar a sus Beneficiarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

OPCIONES DE PAGO	
Autorizo se cargue en la cuenta que se indica la prima de \$ _____ M.N.	Tarjeta de crédito           -           -           -
Banco	Cuenta de cheques 

Los recibos fiscales se emitirán con el siguiente domicilio:

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

## DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

De acuerdo a 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.

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.



Seguros Salud

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

Es importante que revise las exclusiones descritas en las condiciones generales.

**“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)

#### **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

**"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 11 de mayo de 2011, con el número CNSF-H0704-0014-2011 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000465-03"**