

## DATOS GENERALES

Yo \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_ en mi carácter de Apoderado Legal y en representación de \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_ constituida el \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a quien en lo sucesivo se le denominará "El Contratante", solicito de **BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México**, a quien en lo sucesivo se le denominará "La Institución", la celebración de los Contratos de seguro de "Gastos Médicos y Salud Empresarial", bajo el plan que más adelante se identifica. Para tal efecto, manifiesto a continuación todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, en los términos siguientes.

Nombre o denominación social			
Domicilio fiscal (calle, número, colonia)			
Ciudad		Estado	C.P.
Teléfono de domicilio	Teléfono celular	Correo electrónico	R.F.C. de "El Contratante"
Giro mercantil u objeto social			

## ESTRUCTURA CORPORATIVA

Nombre de los socios o accionistas (Datos no necesarios en caso de entidades financieras reguladas)	%	Nombre del administrador
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Algún socio, accionista, miembro del consejo, administrador único o representante legal desempeña o ha desempeñado, en los últimos cuatro años, funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional (considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos) o es cónyuge o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con alguna persona que desempeña o ha desempeñado algunas de las funciones anteriormente detalladas?

Sí  No

Favor de completar lo siguiente.

Nombre de la persona con funciones públicas destacadas	Parentesco
Nombre del accionista, miembro del consejo o administrador relacionado, su cónyuge y dependientes económicos	
Personas morales con las que mantiene vínculos patrimoniales	

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Número de integrantes totales	Número de personas a asegurar	Titulares:	Dependientes:
Relación de los integrantes de la Colectividad a asegurarse con "El Contratante"			
Características de la Colectividad a asegurarse			
¿El objeto del Contrato de Seguro es el garantizar una prestación u obligación por parte de "El Contratante"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dada la actividad que desempeñan los integrantes de la Colectividad a asegurar, ¿existen circunstancias que puedan implicar la ocurrencia simultánea de siniestros de varios de sus integrantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Favor de especificar en caso de una respuesta afirmativa: _____			
Fecha de inicio de vigencia	Fecha de vencimiento	Porcentaje de contribución en el pago de la prima	
/ /	/ /	"El Contratante": _____ % Integrante: _____ %	
Otra forma de numeración (certificados)			
<input type="checkbox"/> R.F.C. <input type="checkbox"/> N.º de integrante <input type="checkbox"/> Consecutivo <input type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Edades quinquenos	Participantes	
	Hombres	Mujeres
0 - 19		
20 - 24		
25 - 29		
30 - 34		
35 - 39		
40 - 44		
45 - 49		
50 - 54		
55 - 59		
60 - 64		
65 - 69		
70 - 74		
75 - 79		
80 - 84		
85 - 89		
90 - 94		
95 - 99		
Totales		

Protección básica	Suma asegurada	Copago
Urgencia básica		Consultas: _____
		Laboratorio y/o gabinete: _____
		Servicio: _____
Coberturas opcionales	Suma asegurada	Copago
<input type="checkbox"/> Ambulancia terrestre		
<input type="checkbox"/> Maternidad		Consultas: _____
		Laboratorio y/o gabinete: _____
<input type="checkbox"/> Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Dental		Consultas: _____
		Laboratorio y/o gabinete: _____

## OTROS SEGUROS

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Ramo</b> <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores            Otro: _____
Aseguradora
Desde
/ /
¿Cuántas solicitudes ha presentado para celebrar contratos de seguros?
¿Cuántas solicitudes le han sido rechazadas?

¿De qué aseguradora(s)?
¿Por qué motivo?

### DECLARACIONES

Manifiesto, con el carácter que me ostenta, que en la presente Solicitud he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, tal como los 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 ésta 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 treinta 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.

### OPCIONES DE PAGO

Autorizo se cargue en 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

Los recibos fiscales se emitirán con el siguiente domicilio:

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

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.

### DOCUMENTOS ANEXOS (FOTOCOPIA)

<b>De la Sociedad</b>
<input type="checkbox"/> Acta constitutiva certificada. En su caso, reformas a la constitutiva con datos de inscripción en el RPPC
<input type="checkbox"/> Cédula fiscal de la sociedad expedida por la SHCP
Comprobante de domicilio (no mayor a tres meses, excepto en pago de predial)
<input type="checkbox"/> Pago de predial <input type="checkbox"/> Recibo de teléfono <input type="checkbox"/> Recibo de luz <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario

## DEL APODERADO LEGAL

R.F.C. o CURP del Apoderado Legal

El que suscribe cuenta con poderes para:

Actos de administración

Otorgar otros poderes

Pleitos y cobranzas

Actos de dominio

Suscribir títulos y operaciones de crédito

Otro: \_\_\_\_\_

Copia certificada del poder notarial

Acta constitutiva

Poder notarial

Carta poder

Identificación oficial

IFE

Cédula profesional

Pasaporte

Tarjeta única del servicio militar

Cartilla militar

FM2/FM3

Solo en caso de que el domicilio fiscal sea diferente al que aparece en la identificación oficial, comprobante de domicilio (no mayor a tres meses, excepto en pago de predial)

Pago de predial

Recibo de teléfono

Recibo de luz

Estado de cuenta bancario

Los documentos anexos de su identificación y de comprobante de domicilio fueron cotejados con sus originales.

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Empresa de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Aplican exclusiones y limitantes de acuerdo con las Condiciones Generales del producto registradas por BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las cuales pueden ser consultadas en [www.bbvasegurossalud.com.mx](http://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](http://www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas); para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: [www.bbvasegurossalud.com.mx](http://www.bbvasegurossalud.com.mx) en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga: [www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes](http://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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y número de asesor

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor

\_\_\_\_\_  
"El Contratante"



Seguros Salud

“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 01 de junio de 2010, con el número CNSF-H0704-0121-2009 y del día 25 de febrero de 2019, con el número CGEN-H0704-0001-2019/CONDUSEF-000417-03”.

#### Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 08:30 a 17:30 hrs  
Desde toda la república mexicana: (55) 9171 4000 Ext. 97092

#### 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