

SOLICITUD UNIVERSAL DE MODIFICACIÓN

Póliza actual _____ Folio de trámites _____

Día	Mes	Año
/	/	/

Datos del Asegurado _____

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

CONTESTE SOLO AQUELLOS ESPACIOS EN LOS QUE DESEA HACER UNA MODIFICACIÓN

Datos del Asegurado	Modificar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento						
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)						
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Día</td><td style="padding: 2px;">Mes</td><td style="padding: 2px;">Año</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">/</td><td style="padding: 2px;">/</td><td style="padding: 2px;">/</td></tr> </table>	Día	Mes	Año	/	/	/
Día	Mes	Año						
/	/	/						
Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Ocupación _____	Edad _____ años RFC _____						
Domicilio (calle, n.º exterior e interior) _____		Teléfono a 10 dígitos _____ Correo electrónico _____						
Colonia _____	Ciudad _____	Estado _____ C.P. _____						

Datos del Contratante	Modificar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento						
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)						
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Día</td><td style="padding: 2px;">Mes</td><td style="padding: 2px;">Año</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">/</td><td style="padding: 2px;">/</td><td style="padding: 2px;">/</td></tr> </table>	Día	Mes	Año	/	/	/
Día	Mes	Año						
/	/	/						
Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	RFC _____ CURP _____	Ocupación _____						
Domicilio (calle, n.º exterior e interior) _____		Teléfono a 10 dígitos _____ Correo electrónico _____						
Colonia _____	Ciudad _____	Estado _____ C.P. _____						
Domicilio de correspondencia (calle, n.º exterior e interior) _____		Teléfono a 10 dígitos _____ Correo electrónico _____						
Colonia _____	Ciudad _____	Estado _____ C.P. _____						

CAMBIO EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo del beneficiario	Fecha nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Porcentaje
Domicilio _____			
Nombre completo del beneficiario	Fecha nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Porcentaje
Domicilio _____			

Total: 100%

INCLUIR O EXCLUIR ASEGURADO (NO APLICA PARA TODOS LOS PRODUCTOS)

Nombre completo del asegurado	Fecha nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Incluye <input type="checkbox"/>
			Excluye <input type="checkbox"/>
Domicilio _____			



Seguros Salud

CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO O NÚMERO DE CUENTA									
Forma de pago actual:	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Forma de pago solicitada:	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de cuenta actual:					Modificación a la cuenta de cargo:				

ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En el caso que se desee nombrar a Beneficiarios menores de edad, no se deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores, para efectos de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben nombrarse los tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios durante toda la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro, le concede el derecho al mayor incondicionado para disponer de la Suma Asegurada.

DECLARACIÓN DEL TITULAR Y DEL CÓNYUGE EN CASO DE ESTAR ASEGURADO

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes con relación a las preguntas de esta solicitud como las 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 a los Beneficiarios u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos para que, en caso de ser necesario, proporcionen a BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, toda la información relacionada con mi estado de salud.

BBVA Bancomer Seguro Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Av. Paseo de la Reforma No. 510, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en www.bbva.mx

Otorgo mi consentimiento a BBVA Bancomer Seguro Salud S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que se traten mis datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles de conformidad con el Aviso de Privacidad.

Se firma la presente

Día	Mes	Año
/	/	

Nombre y firma del titular

UNE BBVA Seguros Salud (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

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.

Con domicilio en Mariano Escobedo 303 PB, (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), colonia Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas (Hora del centro de México).