

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)

Póliza actual  Folio de trámite  día/mes/año

## Datos del Asegurado

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Teléfono  Correo electrónico

Conteste solo aquellos espacios en los que desea hacer una modificación

### Modificar datos del Titular/Asegurado

Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)

Género F ☐ M ☐ RFC

Fecha de nacimiento  Día  Mes  Año

### Modificar datos del Contratante

Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)

Género F ☐ M ☐ RFC

Fecha de nacimiento  Día  Mes  Año

Domicilio fiscal (calle, n.º exterior e interior)

Colonia  Ciudad  Estado  C.P.

## Modificar datos de Asegurados/cónyuge/hijos

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Asegurados ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre/madre ☐ Hermano/a ☐ Suegro/a ☐

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Asegurados ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre/madre ☐ Hermano/a ☐ Suegro/a ☐

## Cambio en la designación de Beneficiarios

Nombre completo del Beneficiario  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)

Fecha de nacimiento  Día  Mes  Año  Parentesco  Porcentaje

Domicilio

Teléfono  R.F.C.

Nombre completo del Beneficiario  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)

Fecha de nacimiento  Día  Mes  Año  Parentesco  Porcentaje

Domicilio

Teléfono  R.F.C.

**Incluir o excluir Asegurado/cónyuge (no aplica para todos los productos)**

Nombre completo del Asegurado	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento	Día Mes Año	Parentesco	Incluye <input type="checkbox"/> Excluye <input type="checkbox"/>
Domicilio			
Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>			

**Incluir o excluir cobertura (no aplica para todos los productos)**

Nombre de la cobertura			
Suma Asegurada		Incluir <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/>	
Cambio de Suma Asegurada a quedar \$		Cambio de Deducible a quedar \$	
Cambio de Coaseguro a quedar %		Cambio de Nivel Hospitalario a quedar	

**Modificar número de cuenta de cobro**

N.º de cuenta nuevo		Banco	
Selecciona el tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques/ahorro	
Nombre completo del Titular de la cuenta			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Firma del Titular de la cuenta			

**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 Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, toda la información relacionada con mi estado de salud.

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

Firma para autorizar el consentimiento

Se firma la presente

Día Mes Año

Nombre y firma del Titular

**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](mailto:uneseguros2.mx@bbva.com)