



Seguros Salud

SOLICITUD UNIVERSAL DE MODIFICACIÓN

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

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) _____ Fecha de nacimiento [Día / Mes / Año]
Género F [] M [] RFC _____
Modificar datos del Contratante
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ Fecha de nacimiento [Día / Mes / Año]
Género F [] M [] RFC _____
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 [] Hijos []
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ Asegurados []
Cónyuge [] Hijos []

CAMBIO EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Nombre completo del Beneficiario _____ Fecha nacimiento (dd/mm/aa) _____ Parentesco _____ Porcentaje _____
Domicilio _____ Teléfono _____ R.F.C. _____
Nombre completo del Beneficiario _____ Fecha nacimiento (dd/mm/aa) _____ Parentesco _____ Porcentaje _____
Domicilio _____ Teléfono _____ R.F.C. _____



Seguros Salud

INCLUIR O EXCLUIR ASEGURADO/CÓNYUGE (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			Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/>

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
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

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.
Servicio a Clientes: (55) 1102 0038