

# SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Para pólizas vigentes  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Inicial	Apellido	Nombre
Número de póliza			

## 2. HISTORIAL MÉDICO

Por favor indique si alguno de los solicitantes tiene, ha tenido o ha sido diagnosticado o recibido tratamiento por:

1	Desórdenes de la visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	Convulsiones u otro desorden neurológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	Desórdenes del corazón, falta de aire, fiebre reumática, defectos cardíacos u otro desorden cardiovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	Enfermedades pulmonares, enfisema u otro desorden respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	Enfermedades del páncreas, esófago, estómago, intestinos, hígado y otro desorden digestivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	Desórdenes renales, cálculos, albúmina o sangre en la orina, desórdenes de la vejiga urinaria y otro desorden del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	Desórdenes músculo-esqueléticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	Anemia, leucemia, linfoma o desórdenes del bazo, los ganglios linfáticos u otro desorden de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	Diabetes u otro desorden endocrino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	Desórdenes de los órganos reproductores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	Desórdenes de las mamas, ovarios, trompas de falopio y otro desorden ginecológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	Desórdenes de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14	Desórdenes congénitos o hereditarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15	Cualquier enfermedad, lesión, accidente o defecto no mencionado anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16	Cualquier trasplante de órgano, células o tejido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17	O se le ha recomendado un trasplante de órgano, células o tejido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 2. HISTORIAL MÉDICO (continuación)

Por favor proporcione detalles sobre cualquier respuesta afirmativa:

#	Nombre del solicitante	Condición, cirugía o tratamiento	
	Apellidos	Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante	Condición, cirugía o tratamiento	
	Apellidos	Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante	Condición, cirugía o tratamiento	
	Apellidos	Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante	Condición, cirugía o tratamiento	
	Apellidos	Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante	Condición, cirugía o tratamiento	
	Apellidos	Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Este documento sólo 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.

### 3. AVISO DE PRIVACIDAD

En virtud de lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los clientes aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento a los clientes lo siguiente:

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de: emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

Los datos personales del titular, serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

En este sentido BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V, señala y hace de su conocimiento que tiene una "Política de Privacidad" establecida para explicar a terceros la forma en cómo la empresa da tratamiento a los "Datos Personales", misma que cumple con lo señalado en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

c. Medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

Enviando una solicitud, que cumpla con los requisitos señalados por la Ley de Protección de Datos Personales al correo electrónico [privacidad@bupalatinamerica.com](mailto:privacidad@bupalatinamerica.com).

d. En dado caso de que la Compañía realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al cliente, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que usted nos proporciona en la solicitud.

2. A través de la página [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

### 4. FIRMA

Firma del Contratante o Titular		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Cónyuge		Fecha	DD / MM / AA

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México  
Tel. (55) 5202 1701 • [serviciocliente@bupalatinamerica.com](mailto:serviciocliente@bupalatinamerica.com) • [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)