

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS ESENCIAL LIBRE ELECCIÓN

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

Sección 1. Aviso de privacidad

Antes de continuar es importante que conozca nuestro aviso de privacidad y este en aptitud de consentir de manera expresa, libre e informada el tratamiento de sus datos personales sensibles y no sensibles al final del presente formato.

Identidad y domicilio.

Bupa México, con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, México, en su carácter de Responsable en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (“LFPDPPP”) y demás normatividad secundaria aplicable, pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad Simplificado, a efecto de llevar a cabo el tratamiento legítimo, controlado e informado de sus Datos Personales, a efecto de garantizar la privacidad de sus Datos Personales y su derecho a la autodeterminación informativa.

Formas de recabar sus Datos Personales.

Para efecto de dar cumplimiento a las finalidades primarias y secundarias previstas en el presente aviso de privacidad, el Responsable podrá recabar Datos Personales del Titular de la siguiente manera: *i) personal*, cuando el Titular llena por sí mismo el presente formato de solicitud, o bien, a través de su representante legal o agente; *ii) directa*, cuando el Titular proporciona Datos Personales a través de medios electrónicos, ópticos, sonoros, visuales, internet o cualquier otra tecnología; *iii) indirecta*, cuando el Responsable recaba Datos Personales del Titular a través de fuentes de acceso público o de terceros.

El Titular reconoce que la información proporcionada, a través del presente formato es completa, correcta y actualizada, y en caso de proporcionar información de terceros, reconoce que previamente obtuvo el consentimiento de estos para compartir sus Datos Personales y sensibles con Bupa México.

Datos personales no sensibles

- Identificación
- Características personales
- Electrónicos o de contacto
- Académicos
- Laborales
- Tránsito o migratorios
- Familiares
- Financieros o patrimoniales

Datos personales sensibles

- Características personales o fisiológicas
- Información genética
- Información de salud
- Origen étnico o racial
- Hábitos personales
- Preferencias Sexuales

Datos Personales de menores de edad.

El Responsable podrá tratar Datos Personales de menores de edad y personas incapaces o en estado de interdicción, en estos supuestos es responsabilidad de la persona (contratante, representante legal, tutor o de quien ejerza la patria potestad) asegurarse de estar proporcionando Datos Personales completos, correctos y actualizados y de otorgar su consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de los mismos, en términos de la LFPDPPP.

Finalidades para el tratamiento de los Datos Personales.

Primarias.

1. Brindar asesoría sobre los productos y servicios que ofrece el Responsable.
2. Evaluar su solicitud de seguro y selección del riesgo, suscripción, emisión del contrato de seguro, tramitación, investigación, validación y confirmación de la información y cotización del monto de la prima.
3. Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable.

4. Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso.

5. Gestionar los beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.

6. Colocación de riesgos en reaseguro así como gestión de cobro con los reaseguradores.

7. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.

8. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.

9. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.

10. Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo.

11. Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.

12. Consultar y compartir información sobre el asegurado con instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador y proveedores del mismo para fines de prevención de fraudes y delitos, así como para llevar a cabo la selección de riesgos.

13. Mantener actualizados los Datos Personales del Titular, en cumplimiento al principio de calidad previsto por la LFPDPPP.

Secundarias.

1. Enviar comunicados con información relevante para el cuidado de la salud de las personas.

2. Promocionar nuestros productos y/o servicios, a través de comunicados con fines mercadotécnicos y/o publicitarios.

3. Elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos y/o servicios.

4. Aplicar encuestas, estudios de mercado, promocionar eventos, concursos, trivias, juegos y sorteos, que nos permitan promocionar nuestros productos y/o servicios y mejorar la calidad de los mismos.

Otorgo mi consentimiento expreso para que mis Datos Personales sean utilizados para las finalidades secundarias previstas en el presente Aviso de Privacidad Simplificado.

Me opongo a que mis Datos Personales sean utilizados para las finalidades secundarias previstas en el presente Aviso de Privacidad Simplificado.

Transferencias de datos personales.

Además de las transferencias de datos personales permitidas por la LFPDPPP y demás normatividad secundaria aplicable y con el propósito de dar cumplimiento a las finalidades primarias y secundarias establecidas en el presente Aviso de Privacidad, el Responsable podrá llevar a cabo la transferencia de sus Datos Personales con:

- Su agente o intermediario.
- Proveedores hospitalarios.
- Proveedores médicos y de telemedicina.
- Proveedores de servicios asistenciales.
- Proveedores de servicios ambulatorios.
- Reaseguradoras y Coaseguradoras.

Otorgo mi consentimiento expreso al Responsable para que mis Datos Personales sean transferidos.

Me opongo a que mis Datos Personales sean transferidos por el Responsable.

Atención a solicitudes de Derechos ARCO, Quejas y Reclamaciones.

En cualquier momento el Titular podrá ejercer ante el Responsable sus derechos ARCO, revocar su consentimiento, así como interponer

quejas o reclamaciones con respecto al Tratamiento de sus Datos Personales en cualquier momento, por sí mismo o a través de su representante legal, para lo cual podrá presentar solicitud directamente en nuestro domicilio o a través del correo electrónico privacidad@bupa.com.mx.

Su solicitud deberá contener, al menos la siguiente información:

1. Nombre del Titular y domicilio o cualquier otro medio para dar seguimiento a la misma.
2. Número de póliza o reclamación.
3. Documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del Titular.

4. Descripción clara y precisa de los Datos Personales, respecto de los cuales el Titular busca ejercer sus derechos ARCO.

5. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los Datos Personales.

6. En caso de solicitudes de Rectificación de Datos Personales, el Titular deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación correspondiente.

Mecanismos para conocer el Aviso de Privacidad Integral.

Para mayor información sobre los términos del tratamiento de sus Datos Personales y cómo ejercer sus derechos ARCO, lo invitamos a conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx.

<input type="checkbox"/> Póliza nueva	<input type="checkbox"/> Dependiente adicional	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año
---------------------------------------	--	--------------------	-----	-----	-----

① Asegurado titular: detalles de póliza existente	Número de póliza
---	------------------

② Relación de documentos para identificación del cliente		<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente
<input type="checkbox"/> Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada (cuando cuente con ella)	<input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral)	
<input type="checkbox"/> Identificación personal del apoderado o representante legal (solo persona moral)	<input type="checkbox"/> Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera)	
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (cuando sea distinto al que aparezca en su identificación como persona física)	<input type="checkbox"/> Constancia de Clave Única de Registro de Población y/o Cédula Fiscal (cuando cuente con ellas)	

③ Datos generales de identificación del contratante (es quien paga la prima)	<input type="checkbox"/> Persona física	<input type="checkbox"/> Persona moral
--	---	--

Razón o denominación social / Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])

Fecha de nacimiento	Fecha de constitución	País de nacimiento (persona física)	Nacionalidad
Día Mes Año	Día Mes Año		

RFC	No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)
-----	---

Profesión u ocupación (persona física) - detallar	Objeto social o giro (persona moral)
---	--------------------------------------

Folio mercantil (persona moral)	No. de identificación fiscal (solo para extranjeros)	CURP
---------------------------------	--	------

Origen de los recursos: (Marcar la casilla correspondiente)	<input type="checkbox"/> Actividad económica o giro declarado	<input type="checkbox"/> Pensión/Rendimiento de inversiones
	<input type="checkbox"/> Herencia/Donación	<input type="checkbox"/> Recursos de padre o madre
	<input type="checkbox"/> Recursos de cónyuge o concubino(a)	<input type="checkbox"/> Otro

Especificar

Domicilio de residencia en México

Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o delegación
-------	--------------	--------------	------------------------

Colonia	Entidad federativa
---------	--------------------

Ciudad o población	Código postal	Clave lada	Teléfono particular	Correo electrónico
--------------------	---------------	------------	---------------------	--------------------

Domicilio fiscal (cuando sea diferente al domicilio de residencia)

Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o delegación
-------	--------------	--------------	------------------------

Colonia	Entidad federativa
---------	--------------------

Ciudad o población	Código postal	Clave lada	Teléfono particular	Correo electrónico
--------------------	---------------	------------	---------------------	--------------------

Datos generales del representante legal (persona moral)

Nombre completo	Nacionalidad
-----------------	--------------

Información adicional sólo para persona física o representante legal

¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno?	Sí <input type="checkbox"/>	Definir cargo	Dependencia
	No <input type="checkbox"/>		

Tabla de datos generales (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:)

Ref. figura	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo (F/M)	Estado Civil
T*					Día Mes Año		
C*					Día Mes Año		
D1*					Día Mes Año		
D2*					Día Mes Año		
D3*					Día Mes Año		
D4*					Día Mes Año		

*Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) / Ref. figura: T- titular , C- cónyuge, Dependientes- D1, D2, D3, D4.

Tabla de datos generales

Ref. figura	Domicilio completo	Código postal	Correo electrónico	Teléfono	Nacionalidad
T					
C					
D1					
D2					
D3					
D4					

Pregunta solo para dependientes

D1 D2 D3 D4

Alguno de los dependientes mayores de 18 años ¿Es estudiante de tiempo completo?

④ Reducción mundial del consumo de papel

En Bupa hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. Si usted desea recibir su póliza y condiciones generales en formato PDF (portable document format), u otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en esta solicitud, marque esta casilla:

⑤ Detalle sobre su pago

Modalidad de pago: Anual

El Cliente acepta y reconoce que el pago a Bupa México con tarjeta de crédito/débito será a través de la plataforma de Bupa México que se encuentra en la siguiente dirección <https://onlineservices.bupasalud.com/Bupa.OnlineServices/OnlineServicesWeb/>. En caso de que el Cliente desee aplicar alguna promoción a meses sin intereses deberá comunicarse con el área de atención al cliente, agente o ejecutivo de venta para conocer la disponibilidad de esta promoción y llenar los formularios correspondientes. En caso de requerir algún cambio en la forma y medio pago será obligación del Cliente informar a Bupa México mediante los formatos establecidos para ello.

Nota importante: Bupa México, Compañía de Seguros S.A de C.V. no recibe efectivo en sus oficinas. Los agentes de seguros e intermediarios en general no están autorizados para recibir pagos en efectivo ni cheques personales a nombre del agente o al portador.

⑥ Beneficiario

En caso de que el asegurado titular/contratante del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente para que reciba los pagos correspondientes en su nombre y representación a:

Nombre(s)	Apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento
		Día Mes Año
Domicilio	Correo electrónico	

Esta designación es válida hasta el monto máximo de 1000 Unidades de Medida (UMA) vigentes en la Ciudad de México, y en caso de muerte del beneficiario contingente del seguro, quedará sin efecto.

7 Reconocimiento y autorización

Hago constar que la información y datos personales propios, así como los del asegurado titular, dependientes y beneficiarios, asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro y cobertura que solicito. En caso de que Bupa México así lo estime necesario, declaro estar dispuesto(a) a que se me practique a mi y/o a mis dependientes un examen médico mismo que correrá por cuenta de Bupa México.

En este acto autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y proveedores de servicios médicos en general que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el establecimiento de mi salud, la del asegurado titular o la de alguno de mis dependientes a proporcionar a Bupa México todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura para que proporcionen a Bupa México la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud, y que a su vez, Bupa México proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado por mi persona.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo potestad de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verdaderas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro.

Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a Bupa México para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, Bupa México se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: www.bupasalud.com.mx

Declaración de origen lícito de recursos

Declaro bajo potestad de decir la verdad que los valores entregados en **Bupa México**, por concepto de pago de Prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito. Asimismo, declaro que toda la información contenida en este formulario, así como la documentación que se anexa, es real, verdadera, completa, y a la fecha; por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier error, omisión o falsedad.

También reconozco mi obligación de actualizar la información aquí descrita en el momento que existieran cambios en tanto mantenga una relación vigente con Bupa.

Como constancia, de haber leído, entendido, y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo persona física)

Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de la póliza

Declaro bajo potestad de decir verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Si el cliente declaró que actúa a cuenta de un tercero, se deberán recabar datos y documentos del tercero.

Manifiesto que Bupa México me ha proporcionado las Condiciones Generales del plan a contratar en términos del artículo 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismas que se encuentran disponibles en la página web: www.bupasalud.com.mx

Ciudad: _____

En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona

Firma del contratante (Quien paga la prima)

Fecha:

Día	Mes	Año

Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de la póliza

El agente y/o ejecutivo que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en este formato, asimismo, cotejó los documentos de identificación proporcionados por el cliente contra sus originales.

Los agentes de seguros y/o ejecutivos de venta deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo, proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento, relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes y/o ejecutivos de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas; ni tiene la facultad para cancelar el seguro o recibir la solicitud de cancelación correspondiente. El agente y/o ejecutivo de seguros manifiesta que ha entregado al contratante las condiciones generales del seguro cuya contratación se propone en esta solicitud.

Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número
Clave de agente		

Nombre y firma del agente o ejecutivo

Acepto que he leído y entendido el Aviso de Privacidad de Bupa México, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso y por escrito para que mis datos personales y datos personales sensibles sean utilizados para dar trámite a la presente solicitud de seguro.

Fecha de firma: de del 20

Nombre del titular _____ Nombre del contratante _____

Firma del titular _____ Firma del contratante _____

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la presente solicitud quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 14 de septiembre del 2020 con el número CNSF-S0065-0432-2020.

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 • 800 227 3339 • atencioncliente@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx