

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO



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.

Para uso de la Compañía: Número de Póliza

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre y apellidos del Administrador o Representante Legal del grupo

NOMBRES, APELLIDOS PATERNOS Y MATERNOS

Razón o Denominación Social

2. PLAN Y COBERTURA CORPORATE CARE SOLICITADA

Básica

Sólo complementos

Complementos y Preexistentes

Suma asegurada	Coaseguro	Maternidad	Deducible
US\$500,000 <input type="checkbox"/>	0% <input type="checkbox"/>	US\$2,000/US\$3,000 <input type="checkbox"/>	US\$0/US\$1,000 <input type="checkbox"/>
US\$1,000,000 <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	US\$4,000/US\$6,000 <input type="checkbox"/>	US\$500/US\$2,000 <input type="checkbox"/>
US\$1,500,000 <input type="checkbox"/>		US\$5,000/US\$8,000 <input type="checkbox"/>	US\$1,000/US\$4,000 <input type="checkbox"/>
US\$2,000,000 <input type="checkbox"/>		US\$6,000/US\$9,000 <input type="checkbox"/>	US\$2,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/>
		US\$8,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/>	US\$5,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/>
		US\$10,000/US\$12,000 <input type="checkbox"/>	US\$10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/>

3. VIGENCIA

Fecha de inicio

DD / MM / AA

Fecha final

DD / MM / AA

4. AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V., ("Bupa") con domicilio en Montes Urales No. 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, en la Ciudad de México, es responsable del uso, tratamiento y protección de los datos personales que le sean solicitados para la contratación, promoción, comercialización, desarrollo y colocación de los productos, servicios y asesoría que brinda la compañía, por lo que en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la "Ley") y su Reglamento, emite el presente Aviso de Privacidad.

Los datos personales recabados por Bupa serán tratados observando puntualmente los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad previstos en Ley, los cuales serán utilizados única y exclusivamente para los fines señalados en este Aviso.

Los datos personales que le solicitemos, incluyendo los financieros y sensibles que nos proporcione, se utilizarán para los siguientes fines ("finalidades primarias"):

1. Para la evaluación de su solicitud de seguro, cotización de la prima y selección de riesgos.

2. En caso de ser procedente, para la emisión y cumplimiento del contrato de seguro.
3. Trámite de sus solicitudes de pago de siniestros y reembolsos una vez celebrado el contrato de seguro.
4. Gestión de beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.
5. Colocación de riesgos en reaseguro, así como gestión de cobro con los reaseguradores.
6. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
7. Informar acerca de los cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por Bupa, en lo general o en su caso particular.
8. Brindar información con respecto a los beneficios de su póliza, así como las asesorías que requiriera.
9. 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.

4. AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

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

11. Prevención de fraudes y delitos.

Del mismo modo, y con el objetivo de mejorar los productos y servicios ofrecidos por Bupa en referencia al diseño de nuevos productos, a la calidad de los presentes, y en general a la mejora continua de Bupa, se usarán sus datos para los siguientes fines (“finalidades secundarias”):

1. Promocionar nuevas gamas de productos y servicios, incluyendo beneficios, coberturas o estudios de mercado.
2. Alimentación de la base de datos estadísticos de la empresa.
3. Elaboración de perfiles estadísticos con base en sujetos con características o particularidades similares.
4. Análisis y calificación de los perfiles estadísticos, de acuerdo con la base de datos, sin que en ningún momento se revelen datos particulares de un sujeto en específico.
5. Medición de la confiabilidad de los perfiles estadísticos creados.

En este sentido, para lograr cumplir con las finalidades antes señaladas, resulta necesario obtener los siguientes datos personales: nombres, apellidos, fecha de nacimiento, país de nacimiento, nacionalidad, ocupación, profesión, actividad, domicilio, estado civil, sexo, peso, estatura, firma, RFC, CURP, teléfono, correo electrónico, número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, estatus migratorio, firma autógrafa, integrantes de la familia y otros seguros contratados.

Adicionalmente, le serán solicitados los siguientes datos sensibles: Datos de tarjeta de crédito o tarjeta bancaria (número, vigencia, código de seguridad, dirección de facturación), y los siguientes datos relacionados con su historial familiar y médico: forma de nacimiento de los integrantes de la familia o adopciones, antecedentes médicos, síntomas conocidos o sospechosos, enfermedades y padecimientos, alergias, cantidad de embarazos, información respecto a enfermedades de transmisión sexual o tratamientos de género, tratamientos realizados, cirugías realizadas, resultados de estudios o análisis de laboratorio, diagnósticos, médicos tratantes actuales y previos. **Los datos sensibles que se recaben serán utilizados exclusivamente para la identificación y valoración del riesgo en la contratación, emisión de la póliza y sus endosos, cotización, oferta y diseño del producto de seguro que requiere, cobranza de la prima, así como para la gestión de beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.**

Los datos personales serán recabados directamente del titular de los mismos, ya sea a través de medios impresos, telefónicos y electrónicos, o bien en las oficinas de Bupa. También como podrán recabarse directamente de agentes de seguros y aliados comerciales contratados para encontrar clientes que voluntariamente quieran contratar un seguro con la empresa, pero siempre a través del titular de los mismos y con su consentimiento expreso.

Los datos personales que nos proporcione se resguardarán bajo estrictas medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, procurando con ello cuidar la integridad de dichos datos y evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción o uso no autorizado.

Nuestra base de datos personales y datos personales sensibles recabados será manejada únicamente por personal autorizado para ello, el cual observa y cumple los principios de confidencialidad y protección contenidos en la Ley. Usted podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (Derechos ARCO) sobre sus datos personales, así como la revocación en cualquier momento del consentimiento que otorgó para su tratamiento o solicitar que se limite su uso o divulgación, a través de los procedimientos que hemos implementado para ello. Para conocer y llevar a cabo dichos

procedimientos, sus requisitos y plazos póngase en contacto por correo electrónico, por teléfono al (+52 55) 5202 1701 o directamente en nuestras oficinas ubicadas en calle Montes Urales No. 715, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, en la Ciudad de México.

Adicionalmente le informamos que para ejercer los derechos ARCO a través del procedimiento antes mencionado, será necesario entregar por escrito una solicitud, que deberá contener:

1. Nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud;
2. Documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del titular;
3. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos establecidos en la Ley, y
4. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

Asimismo, le informamos que derivado de la naturaleza de los servicios y productos que ofrece como compañía de seguros, Bupa **podrá transferir los datos personales y datos personales sensibles a compañías pertenecientes a este grupo empresarial y sus partes relacionadas, así como a los siguientes terceros:**

1. Socios y aliados comerciales de Bupa a en la República Mexicana y a nivel internacional.
2. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de obligaciones legales adquiridas por Bupa.
3. Agentes de seguros, ajustadores y demás personal relacionado con el contrato de seguro.
4. Las autoridades pertinentes para el cumplimiento de los fines señalados anteriormente o por disposición legal.

Derivado de lo anterior, consiente que sus datos personales y datos personales sensibles sean transferidos en los términos que señala el presente Aviso de Privacidad.

Sí No

Los terceros y entidades receptoras de los datos personales asumen las mismas obligaciones y responsabilidades que Bupa respecto al tratamiento y utilización de su información.

Adicionalmente, consiente que sus datos personales y datos personales sensibles sean usados para las “finalidades secundarias” indicadas en el presente Aviso de Privacidad.

Sí No

Con referencia a los datos personales recabados de la sección “INTEGRANTES ADICIONALES DE SU PÓLIZA”, usted manifiesta haber recabado su consentimiento y ser plenamente consciente de que, como titular de este seguro, es quien nos autoriza al uso de dicha información en los mismos alcances y funciones que su propia información personal.

Sí No

En caso de existir algún cambio o modificación total o parcial al presente Aviso de Privacidad para cumplir nuevas legislaciones o reformas a las ya existentes, cambios de nuestras políticas internas o requerimientos para la prestación de nuestros servicios, Bupa pondrá a su disposición los mismos en la página de internet: www.bupasalud.com. Recomendamos visitar frecuentemente la página señalada para mantenerse informado. Para cualquier aclaración o duda por favor envíe un correo electrónico a: privacidad@bupalatinamerica.com.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. DE C.V.
Última actualización 20 de junio de 2018

4. AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Una vez leído y entendido el presente Aviso de Privacidad, ACEPTO LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL MISMO.

Nombre del titular de los datos personales recabados

Firma del Titular

Fecha

DD/MM/AAAA

5. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

El Contratante para efectos de esta solicitud, declara estar dispuesto a que se le practique a todos los asegurados y dependientes del grupo o colectividad un examen médico, si Bupa México Compañía de Seguros, S.A. de C.V. ("Bupa") lo estima necesario, mismo que correrá a cargo de ésta. Además, se autoriza a los médicos que les hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayan ingresado para dicho examen, a proporcionar a Bupa todos los informes que se refieren a esta solicitud.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que hayan atendido con anterioridad a los asegurados y dependientes del grupo o colectividad para el restablecimiento de su salud, a proporcionar a Bupa todos los informes que refieran a su estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar la solicitud o en cualquier momento que Bupa lo considere necesario. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente hayan solicitado cobertura, para que proporcionen a Bupa la información de su conocimiento para la correcta evaluación de esta solicitud, y que a su vez, Bupa 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 evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado para este grupo o colectividad.

Hago constar que la información y datos asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo que sirvan como evaluación para el seguro que se solicita, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo protesta de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en

la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación para pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

El contratante y/o asegurados titulares y dependientes del grupo o colectividad estará obligado a declarar por escrito a Bupa de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan incluir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por cuenta de un representante o por cuenta de otro deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, así como del tercero asegurado o su intermediario según corresponda. Lo anterior con fundamento en los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro ("LSCS").

Conozco y estoy enterado del contenido de la cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda Bupa y acepto y reconozco que de acuerdo con lo establecido en artículo 5to de LSCS que en caso de no estar de acuerdo o conforme con el contenido de la póliza tendré un plazo de 30 días para manifestar cualquier inconformidad al respecto, una vez transcurrido ese plazo reconozco que no podré solicitar modificación alguna.

Bupa se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Esta solicitud no será válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Declaro bajo protesta de decir verdad que los valores entregados a Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V. ("Bupa") por concepto de pago de póliza(s) o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito. Así mismo 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.

Estimado contratante, 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.

7. FIRMA

Las firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones, reconocimientos, autorizaciones, designaciones y en general términos y condiciones de la presente solicitud.

Nombre del Administrador o Representante Legal:	Firma	Fecha
		DD / MM / AA

Como agente acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al contratante los alcances y condiciones generales de este seguro. **Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurable de los propuestos asegurados.**

Nombre del agente o funcionario comercial responsable	Firma	Fecha
		DD / MM / AA

Clave del agente	
Nombre del agente general	Clave del agente general

8. INFORMACIÓN DEL PAGO (EL PAGO DEBE SER PRESENTADO CON LA SOLICITUD)

Nota importante: Bupa México no recibe efectivo en sus oficinas, los agentes de seguros e intermediarios en general no están autorizados para recibir pagos en efectivo, cheques personales a nombre del agente o al portador.

Modalidad de la póliza	<input type="checkbox"/> Anual	Prima: \$	
	<input type="checkbox"/> Semestral	Anexos de cobertura opcional: \$	
	<input type="checkbox"/> Trimestral*	Derecho de Póliza: \$	
	<input type="checkbox"/> Mensual	Cantidad total: \$	

* Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito

Método de pago, Opción 1

<input type="checkbox"/> Cheque	Nota: NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de: Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
---------------------------------	--

Método de pago, Opción 2

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria	Información bancaria	BANAMEX SUCURSAL 197 C.F. Lomas CUENTA EN PESOS # 5951460 CLABE: 002180019759514604 BBVA SUCURSAL 0956 C.F. Lomas CUENTA EN PESOS # 0156150349 CLABE: 012180001561503490 CONVENIO CIE: 796255 EL NUMERO DE REFERENCIA BANCARIA SERA INCLUIDA EN SU RECIBO DE PAGO
---	----------------------	---

Método de pago, Opción 3

<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	Por favor proporcione la siguiente información:	
Nombre del contratante/representante legal		
Autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. cargar a mi tarjeta de crédito:		
Número de póliza	Periodicidad	Contratante
	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral

Datos del tarjetahabiente




Apellidos		Nombres	
-----------	--	---------	--

8. INFORMACIÓN DEL PAGO (EL PAGO DEBE SER PRESENTADO CON LA SOLICITUD) (CONTINUACIÓN)

Teléfono de contacto		Celular				
Correo electrónico						
Persona que realiza el pago:	<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Cuñado
	<input type="checkbox"/> Sobrino	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Representante legal		

Solicito y autorizo a la institución bancaria afiliada a Visa, Master Card o American Express, para que con base en el contrato de apertura de crédito que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta citada a continuación, o en su caso, el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco, se sirvan pagar por mi cuenta a Bupa México Compañía de Seguros, S.A. de C.V. los cargos por los conceptos relacionados al número de póliza que en este documento se detalla. La arriba detallada será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los servicios ofrecidos, liberando al banco en cualquier reclamación que se genere por parte del tarjetahabiente.

Datos de la tarjeta

Tarjeta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Banco emisor						
Número de tarjeta						
Código de seguridad				Fecha de expiración	MM / AA	
Importe: \$					MN	
Importe en letras						

Método de pago, Opción 4

<input type="checkbox"/> Depósito en efectivo en sucursal bancaria		Monto máximo a depositar	
--	--	--------------------------	--

Si las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (renovaciones, altas, etc.) en el importe, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen con la nueva cantidad sin que se requiera otra autorización de mi parte. Para evitar la cancelación de la póliza en referencia, todos los cargos podrán ser realizados hasta con dos días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Entiendo que el contratante de la póliza o su representante legal es la única persona que se reserva el derecho de optar por otro instrumento de pago o cancelar la autorización de los cargos automáticos cuando así lo desee, previa notificación por escrito a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. con 15 días de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado por cualquier razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de la póliza de gastos médicos mayores de grupo dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de emisión, o la póliza será cancelada en términos de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Firma del tarjetahabiente		Fecha	DD / MM / AA
---------------------------	--	-------	--------------

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta responsabilizándose de éstos, de acuerdo al Artículo 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito. En cumplimiento al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Solicitamos por ambos lados fotocopia de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

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 17 de julio de 2019 con el número CGEN-S0065-0056-2019 / CONDUSEF G-01101-001.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Montes Urales No. 745 1er piso • Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701 • 01 800 227 3339 • UEAP@bupalatinamerica.com

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 • servicioalcliente@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com