

FORMULARIO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



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

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México • Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • atencioncliente@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx
 Este formulario no es válido si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco (que sean aplicables)

Relación de Documentos (a entregar como soporte)

Identificación oficial vigente	Aviso de privacidad firmado
Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella)	Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral)
Identificación personal del apoderado o representante legal (solo persona moral)	Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera)
Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (cuando sea distinto al que aparezca en su identificación como persona física)	Constancia de Clave Única de Registro de Población (No será necesaria, si la clave aparece en otro documento o identificación oficial)
Cédula Fiscal: (Persona física: no será necesario si el # de identificación fiscal, aparece en otro documento emitido por autoridad fiscal, cuando cuente con ellos, Persona moral: obligatorio)	

Datos Generales de Identificación

1) Contratante Asegurado Beneficiario/Tercero

Datos generales de identificación persona física

Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			No. de Póliza
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	CURP (si cuenta con ella)
<small>Día Mes Año</small>			
Nacionalidad	RFC con homoclave		
No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)			
Profesión u ocupación - detallar		No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)	
Régimen fiscal (consulta la página www.sat.gob.mx)	Indicar uso de CFDI: D07 Primas por seguro de gastos médicos G03 Gastos en General		

Datos generales de identificación persona moral

Razón o denominación social			No. de Póliza
Fecha de constitución	Folio mercantil	No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)	
<small>Día Mes Año</small>			
Nacionalidad	RFC con homoclave		
Objeto social o giro	No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)		
Régimen fiscal (consulta la página www.sat.gob.mx)	Indicar uso de CFDI: G03 Gastos en General		
Origen de los recursos: (Marcar la casilla correspondiente)	Actividad económica o giro declarado Herencia/Donación Recursos de cónyuge o concubino(a)	Pensión/Rendimiento de inversiones Recursos de padre o madre Otro	

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

Domicilio de residencia en el extranjero (mexicanos con planes internacionales que tengan residencia temporal fuera del país)

Domicilio completo	Teléfono	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?	Si	Definir cargo	Dependencia
	No		

**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,

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:

--	--	--	--	--	--	--	--

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. Datos de agente y/o ejecutivo:

Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número

Nombre y firma del agente, ejecutivo o promotor

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.

I. Identidad y domicilio.
Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. ("Bupa México"), con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de 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.

II. 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.

III. Datos Personales objeto de tratamiento.

Datos personales no sensibles	Datos personales sensibles
<ul style="list-style-type: none"> Identificación Características personales Electrónicos o de contacto Académicos Laborales Tránsito o migratorios Familiares Financieros o patrimoniales 	<ul style="list-style-type: none"> Características personales o fisiológicas Información genética Información de salud Origen étnico o racial Hábitos personales Preferencias Sexuales

IV. 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.

V. Finalidades para el tratamiento de los Datos Personales
Primarias.

- Brindar asesoría sobre los productos y servicios que ofrece el Responsable.
- Evaluar, mediante procesos automatizados 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.
- Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil.
- Procesar el pago de los productos contratados con el Responsable, a través del portal de servicios en línea.
- Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable.

6. Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso.
7. Gestionar los beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.
8. Brindarle beneficios en servicios de telemedicina, medición de constantes, servicios ambulatorios, médico en casa y los relacionados con los productos contratados con el Responsable.
9. Colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro así como gestión de cobro con las reaseguradoras y/o coaseguradoras.
10. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
11. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.
12. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
13. 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.
14. Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.
15. 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.
16. 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.

VI. 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 generadores de expediente electrónico
- Proveedores de servicios asistenciales
- Proveedores de servicios ambulatorios
- Instituciones de Seguros, 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.

VII. Procedimiento para el ejercicio de los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición "Derechos ARCO" o Revocación del consentimiento.

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 o de Revocación.
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 acompañar la documentación oficial correspondiente.

VIII. 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.

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

Firma del Contratante, Asegurado o Beneficiario Tercero

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

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • 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)

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México

Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx