

# SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

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

Favor llenar en letra de imprenta o en formato digital.



## 1. Aviso de Privacidad

**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, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable ("**LFPDPPP**"). Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en [www.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx).

### TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

El titular autoriza a Bupa México para compartir con su agente o intermediario de seguros sus datos personales y sensibles para dar seguimiento a la presente solicitud.

Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles  No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

## 2. Datos del contratante

Nombre	Apellido(s)	Nombre(s)	No. de póliza
--------	-------------	-----------	---------------

## Reducción mundial del consumo de papel

En Bupa México 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:

## 3. Detalles del cambio solicitado

(Por favor llene solamente el apartado de la sección 3 correspondiente al cambio que desea efectuar.)

### 3.1 Cambio de plan \*Disponibilidad del cambio de plan únicamente en fecha aniversario

Plan actual		Plan solicitado	
Deducible actual		Deducible solicitado	
Coaseguro actual		Coaseguro solicitado	

En caso de solicitar un cambio al Plan Bupa Nacional Plus por favor seleccione: suma asegurada, deducible, coaseguro y zona geográfica que mejor se adapte a sus necesidades de acuerdo con la tabla a continuación:

Suma asegurada	MXN\$5,000,000	MXN\$10,000,000	MXN\$20,000,000	MXN\$50,000,000		
Coaseguro	0%	10%	20%	Zona geográfica	Zona 1	Zona 2

Requisitos: En caso de que se requiera un deducible menor o que los beneficios aumenten, es necesario adjuntar la solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores completamente requisitada (excepto para cambios dentro de la misma gama de productos tanto para Global Health Plans como para Bupa Nacional Plus)

1. ¿Ha sido usted o cualquiera de sus dependientes hospitalizado y/o sometido a tratamiento y/o ha tomado medicamentos para una condición específica para la cual no se ha presentado una reclamación? Sí No \*Especifique:

¿Ha cambiado su salud o la de cualquiera de sus dependientes durante el último año? Sí No \*Especifique:

\*Si requiere más espacio utilice una hoja adicional

### 3.2 Cambio de forma de pago (por favor verifique las opciones de pago disponibles del producto contratado)

Anual	Semestral	Trimestral*	Mensual*
-------	-----------	-------------	----------

\*Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito / débito.  
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://aos.bupa.com.mx/>  
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.  
Asimismo el Cliente acepta y reconoce que **Bupa México** hará cargos recurrentes a la última tarjeta de crédito/débito proporcionada para el pago de la póliza de seguro contratada y en la periodicidad señalada.  
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.

### 3.3 Cambio de contratante

Requisitos para cambio de contratante: artículo 492 completo y Formato Único de Identificación de Cliente.

Nombre del nuevo contratante	Apellido(s)	Nombre(s)
------------------------------	-------------	-----------

### 3.4 Cambio de domicilio: Domicilio fiscal Domicilio residencial

Para actualización de domicilio fiscal es necesario adjuntar copia del aviso ante el SAT y para el domicilio residencial comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

Dirección	Calle	No. exterior e interior	Colonia
	Delegación o municipio		Ciudad o Estado
			Código Postal

### 3.5 Baja de dependientes

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de baja efectiva
Apellido(s) Nombre(s)	Día Mes Año	Día Mes Año
Apellido(s) Nombre(s)	Día Mes Año	Día Mes Año

### 3.6 Cancelación de la póliza (marque con una "X")

Motivos

--

El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de su póliza.

### 3.7 Alta o baja de beneficios adicionales Alta Baja

Endoso de maternidad	Trasplante de órganos	Congénitos	Emergencias en el extranjero
Otro, especificar:			

### 3.8 Correcciones a la póliza (si necesita más espacio, solicite otra hoja)

En este punto debe indicarnos si alguno de los datos solicitados está incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

--

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.

3.9 Cambio de fecha efectiva Favor de verificar si el cambio de fecha efectiva aplica para el plan contratado	Nueva fecha efectiva	Día Mes Año
--	----------------------	-------------

Nota: En caso de solicitar efectos retroactivos el contratante o el asegurado titular declara bajo protesta de decir la verdad que el siniestro no se ha realizado y el riesgo cubierto por la póliza no ha ocurrido.

### 3.10 Adición de dependientes para maternidad cubierta

Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento. Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. La reproducción asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando éste no se consigue de forma natural debido a problemas de fertilidad, incluyendo pero no limitando inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.

Fig*	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Estatura (Mts)	Peso (kg)
D1				Día Mes Año		
D2				Día Mes Año		
D3				Día Mes Año		
Fig*	Reproducción asistida	Especifique solo en caso de respuesta afirmativa				
D1	Sí No					
D2	Sí No					
D3	Sí No					
*Referencia de figura: Dependiente 1: D1, Dependiente 2: D2, Dependiente 3: D3						
Por medio del presente formulario el contratante solicita a <b>Bupa México</b> , Compañía de Seguros, S.A. de C.V. que aplique los cambios solicitados a la relación contractual. Asimismo, el contratante de la póliza conviene que el presente formulario formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que la compañía las acepte y las haga constar en su póliza.						
<b>4. Firma</b>						
Favor de adjuntar identificación oficial vigente del contratante a la firma del formato.						
Firma del contratante						
Correo electrónico			Fecha		Día	Mes Año

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 22 de febrero de 2023 con el número CGEN-S0065-0019-2023 / CONDUSEF G-01489-001.**

**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.bupalud.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.bupalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO