

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO CORPORATE CARE



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

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Razón o Denominación Social

Persona(s) que posean o controlen directa o indirectamente un % igual o superior al 25% de capital o de los derechos del voto ó en su defecto del Administrador Único o Administradores. (Sección aplicable en caso de Contratante persona moral de nacionalidad mexicana).

Nota: Se deberá llenar y entregar el Formulario Único de Identificación y Conocimiento del cliente de las personas declaradas en esta sección.

Nombre completo o razón social

Nacionalidad

% Accionario

2. PLAN Y COBERTURA CORPORATE CARE SOLICITADA

Experiencia global

Experiencia propia

Experiencia global

Básica

Sólo complementos

Complementos y preexistentes

Cobertura en el extranjero

Suma asegurada

Coaseguro

Maternidad

Deducible

US\$500,000

0%

US\$2,000/US\$3,000

US\$0/US\$1,000

US\$1,000,000

10%

US\$4,000/US\$6,000

US\$500/US\$2,000

US\$1,500,000

US\$5,000/US\$8,000

US\$1,000/US\$4,000

US\$2,000,000

US\$6,000/US\$9,000

US\$2,000/US\$5,000

US\$8,000/US\$10,000

US\$5,000/US\$10,000

US\$10,000/US\$12,000

US\$10,000/US\$10,000

Experiencia propia

Suma asegurada

Deducible

Coaseguro

3. VIGENCIA

Fecha de inicio:

DD / MM / AA

Fecha final:

DD / MM / AA

4. 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">IdentificaciónCaracterísticas personalesElectrónicos o de contactoAcadémicosLaboralesTránsito o migratoriosFamiliaresFinancieros o patrimoniales	<ul style="list-style-type: none">Características personales o fisiológicasInformación genéticaInformación de saludOrigen étnico o racialHábitos personalesPreferencias 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.

- Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso.
- 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.
- Colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro así como gestión de cobro con las reaseguradoras y/o coaseguradoras.
- Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
- Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.
- Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
- 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.
- Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.
- 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.
- Mantener actualizados los Datos Personales del Titular, en cumplimiento al principio de calidad previsto por la *LFPDPPP*.

Secundarias.

- Enviar comunicados con información relevante para el cuidado de la salud de las personas.
- Promocionar nuestros productos y/o servicios, a través de comunicados con fines mercadotécnicos y/o publicitarios.
- Elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos y/o servicios.
- 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

Nombre del titular de los datos personales recabados

Firma del Titular

Fecha:

DD / MM / AA

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.bupalud.com.mx

7. CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD (ANEXAR RELACIÓN DE ASEGURADOS)

Se solicita la expedición de una póliza conforme a la información en esta solicitud y los consentimientos de los miembros de la colectividad asegurada integrada por:

Personal Activo de la Nómina	Personal Activo por honorarios	Personal Activo Temporal
Personal Activo Sindicalizado	Personal Activo de Confianza	Personal Jubilado o en Retiro
Socios / Accionistas de la Compañía		Otros

8. CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de medios electrónicos o digitales.

Sí consiento No consiento

Por lo anterior, autorizo a Bupa México a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente a la siguiente cuenta de correo electrónico:

Firma del Solicitante Titular

9. 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 asegurabilidad 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	

10. 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	Anual	Prima: \$	
	Semestral	Anexos de cobertura opcional: \$	
	Trimestral*	Derecho de Póliza: \$	
	Mensual*	Cantidad total: \$	

* Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con 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 10 de enero de 2023, con el número CGEN-S0065-0002-2023 / CONDUSEF G-01476-001.

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.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