

# DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Para ser completada por el asegurado principal  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos			Nombre(s)			
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Número de póliza			
Yo declaro que soy residente de (país)				Desde	Día	Mes	Año
Dirección permanente							
Por favor completar si algún asegurado bajo esta póliza reside en otro país fuera de México. (AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)							
Nombre del asegurado	Apellidos			Nombre(s)			
País				Tipo de visa			
Permanente ¿Por cuánto tiempo?	Temporal		Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente?				
Motivo de su residencia en el extranjero							
Nombre del asegurado	Apellidos			Nombre(s)			
País				Tipo de visa			
Permanente ¿Por cuánto tiempo?	Temporal:		Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente?				
Motivo de su residencia en el extranjero							

## 2. AUTORIZACIÓN

Entiendo que Bupa tiene el derecho de verificar la información arriba declarada en cualquier momento, así como de solicitar copias de documentos oficiales como pasaportes y visas.

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. 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

### 4. FIRMA

Firma del Contratante o Titular

Fecha:

Día Mes Año

#### **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](mailto:atencioncliente@bupa.com.mx) • [www.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx)

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO