

SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Para pólizas vigentes
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		

2. HISTORIAL MÉDICO

Por favor indique si alguno de los solicitantes tiene, ha tenido o ha sido diagnosticado o recibido tratamiento por:

		Sí	No
1	Desórdenes de la visión		
2	Convulsiones u otro desorden neurológico		
3	Desórdenes del corazón, falta de aire, fiebre reumática, defectos cardíacos u otro desorden cardiovascular		
4	Enfermedades pulmonares, enfisema u otro desorden respiratorio		
5	Enfermedades del páncreas, esófago, estómago, intestinos, hígado y otro desorden digestivo		
6	Desórdenes renales, cálculos, albúmina o sangre en la orina, desórdenes de la vejiga urinaria y otro desorden del tracto urinario		
7	Desórdenes músculo-esqueléticos		
8	Cáncer o tumores		
9	Anemia, leucemia, linfoma o desórdenes del bazo, los ganglios linfáticos u otro desorden de la sangre		
10	Diabetes u otro desorden endocrino		
11	Desórdenes de los órganos reproductores		
12	Desórdenes de las mamas, ovarios, trompas de falopio y otro desorden ginecológico		
13	Desórdenes de la piel		
14	Desórdenes congénitos o hereditarios		
15	Cualquier enfermedad, lesión, accidente o defecto no mencionado anteriormente		
16	Cualquier trasplante de órgano, células o tejido		
17	O se le ha recomendado un trasplante de órgano, células o tejido		

Por favor proporcione detalles sobre cualquier respuesta afirmativa:

#	Nombre del solicitante			Condición, cirugía o tratamiento
	Apellidos		Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono	
Día Mes Año	Día Mes Año			
#	Nombre del solicitante			Condición, cirugía o tratamiento
	Apellidos		Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono	
Día Mes Año	Día Mes Año			
#	Nombre del solicitante			Condición, cirugía o tratamiento
	Apellidos		Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono	
Día Mes Año	Día Mes Año			
#	Nombre del solicitante			Condición, cirugía o tratamiento
	Apellidos		Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono	
Día Mes Año	Día Mes Año			
#	Nombre del solicitante			Condición, cirugía o tratamiento
	Apellidos		Nombre(s)	
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono	
Día Mes Año	Día Mes Año			

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 (*"LFFDPPP"*). 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

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 Médico Tratante		Fecha:	Día	Mes	Año
Firma del Contratante o Titular		Fecha:	Día	Mes	Año

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 1 de agosto de 2025, con el número CGEN-H0719-0012-2025 / CONDUSEF G-01728-001.

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