

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL



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. La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco. 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, mismo que ponemos a su disposición en la sección 8.

Póliza nueva	Dependiente adicional	Cambio	Fecha solicitada de inicio de cobertura	Día	Mes	Año

En caso de solicitar efectos retroactivos el contratante o el asegurado titular declara bajo protesta de decir verdad que el siniestro no se ha realizado y el riesgo cubierto por la póliza no ha ocurrido.
Nota: la fecha solicitada de inicio de cobertura no podrá ser posterior a la fecha de firma.

1. Relación de documentos para identificación del cliente	Identificación oficial vigente
Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada (cuando cuente con ella)	Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral)
Identificación oficial y poder notarial del 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)	

2. Datos Generales de Identificación			
2.1 Datos generales de identificación del contratante 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)
Día Mes Año			
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	

2.2 Datos generales de identificación del contratante 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)	
Día Mes Año			
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	

2.3 Origen de los recursos: (marcar la casilla correspondiente)

¿El origen de los recursos proviene de la actividad o giro declarado? En caso negativo, detallar (ej. donación, herencia, recurso de familiar)	Sí	No	Detallar origen:

2.4 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

2.5 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

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

Domicilio completo	Teléfono	Correo electrónico

2.7 Datos generales del representante legal (persona moral)

Nombre completo	Nacionalidad

2.8 En caso de persona moral, indicar la persona física que posea o controle directa o indirectamente un % igual o superior al 25% de capital o de los derechos del voto ó en su defecto del Administrador Unico o Administradores (sección aplicable en caso de Contratante persona moral de nacionalidad mexicana).
Nota: Se deberá llenar y entregar el Formulario Unico de Identificación y Conocimiento del cliente de la persona declarada en esta sección.

Nombre Completo	Nacionalidad	% Accionario / Administrador / Director

2.9 Información adicional sólo para persona física o representante legal

¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno?	Sí	Definir cargo	Dependencia
	No		

2.10 Tabla de datos generales (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:)
En caso de estar solicitando asegurar únicamente a menores de edad, deberá de llenar los datos del Tutor Legal y marcar la casilla correspondiente.

Ref. figura	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo (F/M)	Estatura (Mts)	Peso (Kg)	Estado Civil
T*				Tutor no asegurado	Día Mes Año				
C*					Día Mes Año				
D1*					Día Mes Año				
D2*					Día Mes Año				

D3*					Día Mes Año				
D4*					Día Mes Año				

***Especifique en este apartado si usted es tutor o representante legal de la(s) persona(s) asegurada(s)**
***Estado civil:** por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) / Ref. figura: T- titular , C- cónyuge, Dependientes- D1, D2, D3, D4.

2.11 Tabla de datos generales (Si el domicilio de todos los integrantes es el mismo que el del titular marque aquí)

Ref. figura	Domicilio completo	Código postal	Correo electrónico	Teléfono	Nacionalidad
T					
C					
D1					
D2					
D3					
D4					

Preguntas solo para dependientes

	D1	D2	D3	D4
Si se trata de una adición de un recién nacido, ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada?				
Alguno de los dependientes mayores de 18 años ¿Es estudiante de tiempo completo?				

2.12 Actividades y/o deportes

	T	C	D1	D2	D3	D4
Actividad y/o deporte que practicas o hayas practicado						
Frecuencia (diario, semanal, quincenal, mensual)						

3. Cuestionario médico (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:)

Esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su solicitud.
Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.

3.1 Historial médico - Alguno de los solicitantes o dependientes: Sí No Nombre de quien padece

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad o accidente que hayan requerido tratamiento médico y/o quirúrgico con impacto significativo en su salud?			
2. ¿Está o ha sido hospitalizado u operado por cualquier motivo?			
3. ¿Se encuentra actualmente bajo algún(os) tratamiento(s) prescrito(s) por un profesional de la salud?			
4. ¿Tiene algún síntoma, dolor o malestar persistente o crónico (más de 8 días) no diagnosticado, o padece de alguna malformación de nacimiento, enfermedades congénitas y/o genéticas?			

3.2 ¿Algún(os) solicitante(s) o dependiente(s) padece(n) o ha(n) padecido de enfermedades?

5. ¿Del corazón, sistema vascular o de la circulación sanguínea (Presión arterial alta, angina/dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, afecciones de las arterias coronarias (con o sin colocación de stent), colesterol elevado, entre otros)?			
--	--	--	--

6. ¿ Del sistema endócrino (Diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, problemas de tiroides, problemas de hipófisis o de talla baja, entre otros)?		
7. ¿ Del sistema respiratorio (asma, EPOC, bronquitis crónica, neumonía, tuberculosis, infecciones o alergias respiratorias como fiebre del heno, anafilaxia, entre otros)?		
8. ¿ Del sistema digestivo (esófago, estómago, gastritis, úlcera gástrica, duodeno, intestinos, hígado, páncreas, vesícula biliar, colon, divertículos, hemorroides, enfermedades ano rectales, pancreatitis, hepatitis, cirrosis o hernias hiales, entre otros)?		
9. ¿ De la piel o sus anexos (eczema, dermatitis, psoriasis, acné, lunares, lupus discoide, alergias cutáneas, problemas en las uñas, entre otros)?		
10. ¿ Neurológicas, cerebrales o del sistema nervioso (convulsiones, migrañas, neuritis, parálisis, enfermedades como esclerosis múltiple, derrames/infartos cerebrales (eventos cerebrovasculares), meningitis, herpes zoster, entre otros)?		
11. ¿ Del sistema musculoesquelético (columna vertebral, cadera, rodilla, hernias de cualquier tipo, artritis, fracturas, desgaste articular, cirugías, entre otros)?		
12. ¿ Del sistema genitourinario o urológicas (riñones, vejiga, uréteres, cólicos reno-ureterales, incontinencia, reflujo vesico-ureteral, próstata (en hombres), entre otros)?		
13. ¿ De la sangre, del sistema inmune o hematológicas (enfermedades inmunológicas de la sangre, lupus eritematoso sistémico, anemias autoinmunes, enfermedad reumática, talasemias, deficiencias de la coagulación o enfermedades de la colágena, púrpura, VIH-SIDA, entre otros)?		
14. ¿ De los órganos de los sentidos - nariz, oídos, ojos y garganta (afectación a la agudeza visual, cataratas, glaucoma, queratocono, sinusitis, amígdalas y adenoides, pérdida auditiva, entre otros)?		
15. ¿ Psiquiátricas, psicológicas, de la mente o del comportamiento (esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, autismo, déficit de atención, entre otros)?		

3.3 Detalles (en caso de pregunta con respuesta afirmativa) si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:

No. Pregunta	Ref. Figura	Diagnóstico	Tratamiento	Estado actual	Periodo
					Inicio: Día Mes Año
					Fin: Día Mes Año
					Inicio: Día Mes Año
					Fin: Día Mes Año
					Inicio: Día Mes Año
					Fin: Día Mes Año
					Inicio: Día Mes Año
					Fin: Día Mes Año
					Inicio: Día Mes Año
					Fin: Día Mes Año

3.4 Exámenes médicos:

¿Alguno de los solicitantes se ha realizado estudios o un examen médico general en los últimos 6 meses? Sí No
 En caso afirmativo, adjuntar los estudios cuyo resultado haya sido anormal o fuera de rango.

3.5 Hábitos toxicológicos: ¿El solicitante y/o dependientes tiene o tuvo alguno de los siguientes hábitos toxicológicos?

Ref. Figura	¿Fuma o ha fumado?		Desde - Hasta		Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingirió o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta		Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingieres o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta		Frecuencia y cantidad
	Sí	No	año	año		Sí	No	año	año		Sí	No	año	año	

3.6 Preguntas exclusivas para mujeres

Preguntas	Sí	No	Ref. figura	Detalle
a) Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, ¿enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, entre otros?				
b) Citología exfoliativa (Papanicolaou); último reporte anual.				Fecha: Resultado: Normal Anormal
c) ¿Está embarazada? (de ser afirmativo, debe contestar cuestionario adicional).				Semana de gestación:
d) ¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-eclampsia eclampsia, diabetes gestacional, embarazo ectópico.				
e) ¿Ha tenido algún aborto, legrado?				Motivo:
f) ¿Ha tenido tratamientos de fertilidad/infertilidad?				Fecha:

3.7 Preguntas exclusivas para hombres

Preguntas	Sí	No	Ref. figura	Detalle
¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?				

4. Elija su plan

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y la Tabla de Beneficios correspondiente.

4.1 Productos Internacionales - Global Health Plans

Producto	Deducibles					
	Plan A	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
Major Medical		US\$10,000	US\$20,000			
Choice		US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000		
Select	US\$2,000	US\$3,500	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000	
Select PE	US\$2,000	US\$3,500	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000	
Premier	US\$1,000	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000		
Elite		US\$1,000	US\$2,000	US\$3,500	US\$5,000	US\$10,000
Ultimate		US\$0	US\$1,000	US\$2,000		
En caso de seleccionar Global Choice Health Plan, elige tu zona de contratación:					Zona 1	Zona 2

4.2 Producto Nacional - Bupa Nacional Plus

Suma asegurada	MXN\$5,000,000	MXN\$10,000,000	MXN\$20,000,000	MXN\$50,000,000		
Deducible	MXN\$17,000	MXN\$35,000	MXN\$55,000	MXN\$75,000	MXN\$115,000	MXN\$200,000
Coaseguro	0%	10%	20%	Zona geográfica: Zona 1 Zona 2		

4.3 Producto Nacional - Bupa Nacional Vital

Suma asegurada	MXN\$1,000,000	MXN\$2,000,000	MXN\$3,000,000	MXN\$4,000,000	MXN\$5,000,000	MXN\$10,000,000
Deducible	MXN\$0	MXN\$15,000	MXN\$30,000	MXN\$50,000	MXN\$100,000	
Coaseguro	0%	10%	20%	Zona geográfica:	Zona 1	Zona 2
Tope de coaseguro		MXN\$30,000	MXN\$40,000			

4.4 Otros productos

Nombre del seguro	
Suma asegurada	
Deducible	Coaseguro

4.5 Coberturas adicionales

Únicamente disponible para productos Bupa Care:	Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾ Padecimientos congénitos ⁽¹⁾	Procedimientos de trasplante ⁽²⁾
Únicamente disponible para Bupa One y Bupa One Plus:	Complicaciones de maternidad	Emergencia en el extranjero
Únicamente para Bupa Nacional Plus:	Enfermedades catastróficas en el extranjero	
Únicamente disponible para Bupa Nacional Plus y Bupa Nacional Vital:	Asistencia en el Extranjero	
⁽¹⁾ Por favor complete el cuestionario de maternidad		
⁽²⁾ Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante		
Otras coberturas adicionales, especificar:		

5. Detalle sobre su pago

Modalidad de la póliza:	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. En caso de requerir algún cambio en la forma y medio pago será obligación del Cliente informar a Bupa México mediante los formatos establecidos para ello.

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.

6. Beneficiario

En caso de que el asegurado titular/contratante del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente para que reciba los pagos correspondientes en su nombre y representación a:

Nombre(s)	Apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento
		DíaMesAño
Domicilio		
Correo electrónico		

Esta designación es válida hasta el monto máximo de 1000 Unidades de Medida (UMA) vigentes en la Ciudad de México, y en caso de muerte del beneficiario contingente del seguro, quedará sin efecto.

7. Información sobre otros seguros

Llenar si el solicitante y/o dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura gastos médicos mayores con Bupa u otra compañía. Favor adjuntar factura en PDF y XML del pago de los últimos 12 meses. Favor de anexar la carátula de su póliza y la(s) factura(s).

Ref. Figura	Nombre de la compañía	No. de póliza	Antigüedad (años asegurado)	Fecha de renovación
				DíaMesAño
				DíaMesAño
				DíaMesAño
				DíaMesAño

8. 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 y datos personales sensibles al final del presente formato.

I. Sujeto regulado

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 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

II. Finalidades del tratamiento

- I. 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;
- II. Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil;
- III. Procesar el pago de los productos contratados;
- IV. Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable;
- V. Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso;
- VI. Compartir información para gestionar los beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros;
- VII. Colocar riesgos en reaseguro y/o coaseguro;
- VIII. Informar cambios en las condiciones generales de sus productos, promociones, descuentos y nuevos servicios;

- IX. Atención de quejas, consultas y solicitudes de Derechos ARCO;
- X. 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;
- XI. 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;
- XII. Renovar automáticamente o rescindir el contrato de seguro en cualquier momento por falsas o inexactas declaraciones u omisiones;
- XIII. Mantener actualizados sus datos personales;
- XIV. Recibir encuestas de satisfacción y servicio al cliente.

- Otorgo mi consentimiento expreso para que mis Datos Personales sean utilizados para recibir información sobre el cuidado de la salud, promociones y publicidad sobre productos y servicios, así como invitaciones a eventos, concursos y trivias.
- Me opongo a que mis Datos Personales sean utilizados para recibir información sobre el cuidado de la salud, promociones y publicidad sobre productos y servicios, así como invitaciones a eventos, concursos y trivias.

III. 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

10. Reconocimiento y autorización

Hago constar que la información y datos personales propios, así como los del asegurado titular, dependientes y beneficiarios, asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro y cobertura que solicito. En caso de que Bupa México así lo estime necesario, declaro estar dispuesto(a) a que se me practique a mí y/o a mis dependientes un examen médico mismo que correrá por cuenta de Bupa México.

En este acto autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y proveedores de servicios médicos en general que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el establecimiento de mi salud, la del asegurado titular o la de alguno de mis dependientes a proporcionar a Bupa México todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura para que proporcionen a Bupa México la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud, y que a su vez, Bupa México 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 que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado por mi persona.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro

bajo potestad 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. De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a Bupa México para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

La firma de la presente solicitud constituye la aceptación expresa y por escrito de todas las declaraciones listadas arriba, incluyendo el Aviso de Privacidad Simplificado.

Si cualquiera de los solicitantes requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a Bupa México para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, Bupa México se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

Estimado asegurado, 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.bupasalud.com.mx

11. Declaración de origen lícito de recursos

Declaro bajo potestad de decir la verdad que los valores entregados en **Bupa México**, por concepto de pago de Prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito. Asimismo, 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.

12. 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, se deberán recabar datos y documentos del tercero.
Manifiesto que Bupa México me ha proporcionado las Condiciones Generales del plan a contratar en términos del artículo 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismas que se encuentran disponibles en la página web: www.bupasalud.com.mx

Ciudad:	En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona
Nombre y firma del contratante (Quién paga la prima)	Fecha: Día Mes Año

13. Apartado exclusivo para el agente
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.
Los agentes de seguros y/o ejecutivos de venta deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo, proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento, relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes y/o ejecutivos de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas; ni tiene la facultad para cancelar el seguro o recibir la solicitud de cancelación correspondiente.
El agente y/o ejecutivo de seguros manifiesta que ha entregado al contratante las condiciones generales del seguro cuya contratación se propone en esta solicitud.

Nombre completo del agente	Tipo de autorización	Tipo de Cédula
Número de Cédula	Vigencia	Día Mes Año
Domicilio completo donde realiza sus actividades		
En caso de persona moral, indicar la razón social		
Clave del agente		
Nombre y firma del agente o ejecutivo		

14. 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 mi cuenta de correo personal siguiente:

Nombre y firma del Solicitante Titular

15. Manifiesto que la información declarada en la presente solicitud es verídica.
Manifiesto bajo protesta de decir verdad que toda la solicitud fue llenada por mi puño y letra a pesar de la diferencia de tintas en la misma, por lo que ratifico el contenido de la misma para todos los efectos legales a que haya lugar.

Fecha de firma:	de	del 20	
Nombre del asegurado titular		Nombre del contratante	
Firma del asegurado titular		Firma del contratante	

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 julio de 2025, con el número CGEN-H0719-0007-2025 / CONDUSEF G-01720-001.

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