



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
Nombre con que se designa o designará a la Colectividad a la que pertenece:

2. TABLA 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:

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*					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-cónyugue, Dependientes-D1, D2, D3, D4.

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?						
Solicitante	¿Practica profesionalmente algún deporte?		En caso de respuesta afirmativa, especifique el deporte que practica			
Titular	Sí	No				
Cónyugue o Concubino(a)	Sí	No				
Dependiente 1	Sí	No				
Dependiente 2	Sí	No				
Dependiente 3	Sí	No				
Dependiente 4	Sí	No				

3. CUESTIONARIO MÉDICO

Alguno de los solicitantes o dependientes:	Sí	No	Nombre de quien lo padece
1. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han realizado alguna cirugía, incluyendo las ambulatorias, a consecuencia de enfermedad, accidente u otros?			
2. ¿Se encuentra actualmente bajo algún(os) tratamiento(s) prescrito(s) por un profesional de la salud?			
3. ¿Tiene algún síntoma, dolor o malestar persistente o crónico en los últimos 90 días no diagnosticado, o padece de alguna malformación de nacimiento, enfermedades congénitas y/o genéticas?			
¿Algún(os) solicitante(s) o dependiente(s) padece(n) o ha(n) padecido de enfermedades? Tales como:			
4. ¿ Enfermedad del corazón o sistema vascular , (presión alta, enfermedades sanguíneas, afecciones de aparato circulatorio)?			
5. ¿ Del sistema endócrino o metabólicas ? (diabetes mellitus, tiroides, hipófisis y obesidad)			
6. ¿ Del sistema respiratorio (asma, EPOC, bronquitis crónica, neumonía, tuberculosis, infecciones o alergias respiratorias como fiebre del heno, anafilaxia, etc.)?			
7. ¿ 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 hiatales, etc.)?			
8. ¿ De la piel o sus anexos (eczema, dermatitis, psoriasis, acné, lunares, lupus discoide, alergias cutáneas, problemas en las uñas, etc.)?			
9. ¿ Neurológicas, cerebrales o del sistema nervioso (convulsiones, migrañas, neuritis, parálisis, enfermedades como esclerosis múltiple, derrames/infartos cerebrales (eventos cerebrovasculares), meningitis, herpes zoster, etc.)?			
10. Enfermedades de los huesos , articulaciones de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro.			
11. ¿ Del sistema genitourinario o urológicas (riñones, vejiga, uréteres, cólicos reno-ureterales, incontinencia, reflujo vesico-ureteral, próstata (en hombres), etc.)?			
12. ¿ 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, etc.)?			
13. ¿ 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, etc.)?			
14. ¿ Psiquiátricas, psicológicas, de la mente o del comportamiento (esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, autismo, déficit de atención, etc.)?			

Detalles (en caso de pregunta con respuesta afirmativa) si requiere 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. Preg.	No. Figura	Diagnóstico	Tratamiento	Estado actual	Periodo
					<div>Inicio:<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Fin:<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>
					<div>Inicio:<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Fin:<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>
					<div>Inicio:<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Fin:<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>

Exámenes médicos: ¿Alguno de los solicitantes se ha realizado un examen médico general (Check up) en los últimos 6 meses?

No. Figura	Fecha	Tipo de estudio	Resultado fuera de rango	Detalle
	<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div>Sí</div> <div>No</div>	
	<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div>Sí</div> <div>No</div>	
	<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div>Sí</div> <div>No</div>	
	<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div>Sí</div> <div>No</div>	

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	¿Ingiere 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	

Historia familiar. Tiene el solicitante y/o alguno de los dependientes historia familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o desorden cardiovascular congénito o hereditario, en caso afirmativo detalle abajo:

Ref. Figura	Parentesco	Padecimiento

Preguntas exclusivas para mujeres

Preguntas	Sí	No	Ref. Figura	Detalle
a) ¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo?				
b) ¿Esta embarazada?				c) Número de semanas
d) ¿Su embarazo cursa normalmente?				Si su respuesta fue "No", detalle la anomalía
e) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos previos?				
f) ¿Ha tenido algún aborto o legrado?				
g) ¿Ha tenido tratamientos de fertilidad/infertilidad?				

Detalles

Ref. Figura	Embarazos			Partos			Cesáreas			Legrados		
	Sí	No	Cantidad	Sí	No	Cantidad	Sí	No	Cantidad	Sí	No	Cantidad

Preguntas exclusivas para hombres

Preguntas	Sí	No	Ref. Figura	Detalle
Enfermedades de transmisión sexual, VIH, sífilis o Virus del Papiloma Humano, padecimientos de la próstata, Varicocele, etc				

4. OTRAS ACTIVIDADES

Por su ocupación ¿está expuesto a cualquiera de lo siguiente: uso de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta?

Solicitantes					
Titular		Cónyuge		Dependiente 1	
Sí	No	Sí	No	Sí	No
Especifique		Especifique		Especifique	

5. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Si tiene Póliza Colectiva o individual en esta u otra Compañía con vigencia mínima ininterrumpida de 1 año y con periodo al descubierto menor a 30 días naturales a la fecha de sello de recepción de Bupa, favor de anexar copia de la última póliza vigente y/o certificado individual, así como el recibo con el sello de pagado o comprobante de pagos o Constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Bupa pueda otorgar dicho Beneficio.

No. Póliza	Compañía	Fecha de Antigüedad
		<div>Día Mes Año</div>
		<div>Día Mes Año</div>
		<div>Día Mes Año</div>
		<div>Día Mes Año</div>

6. OTROS SEGUROS

Indique si el contratante cuenta con algún otro seguro de Gastos Médicos para la presente colectividad:

Nombre de la compañía aseguradora:	Titular		Cónyugue		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Suma asegurada:							Fecha de vigencia:		<div>Día Mes Año</div>			

7. 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 No. 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

- Identificación
- Características personales
- Electrónicos o de contacto
- Académicos
- Laborales
- Tránsito o migratorios
- Familiares
- Financieros o patrimoniales

Datos personales sensibles

- Características personales o fisiológicas
- Información genética
- Información de salud
- Origen étnico o racial
- Hábitos personales
- Preferencias 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.

7. 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.
9. Colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro así como gestión de cobro con las reaseguradoras y/o coaseguradoras.
10. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
11. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.
12. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
13. 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.
14. Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.
15. 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.
16. Mantener actualizados los Datos Personales del Titular, en cumplimiento al principio de calidad previsto por la LFPDPPP.

Secundarias.

1. Enviar comunicados con información relevante para el cuidado de la salud de las personas.
2. Promocionar nuestros productos y/o servicios, a través de comunicados con fines mercadotécnicos y/o publicitarios.
3. Elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos y/o servicios.
4. 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

8. 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.

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.bupasalud.com.mx

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

Se solicita la expedición de un certificado individual 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

Socios / Accionistas de la Compañía

Otros (especifique):

Tipo de administración:	Simplificada	Autoadministrada
Regla de asegurabilidad:	Todos los Empleados	Recursos para el pago de primas:
	Gerentes	Prestación (100% Patrón)
	Directores	Voluntario (100% Empleado)
	Dependientes (Cónyuges/Concubinas(os) e Hijos)	
	Otra:	

Regla de asegurabilidad: Es la característica o características que reúnen los miembros de la Colectividad a fin de poder formar parte del grupo o subgrupo de la póliza de Colectivo, dichas características son definidas por el Contratante al momento de solicitar la emisión de la póliza, en la solicitud de seguro.

Autoadministración: Una póliza es autoadministrada cuando los ajustes de prima, por altas y bajas, se realizan al término de la vigencia o conforme al periodo pactado, previo acuerdo entre las partes. Los recibos de pago cuando se ha elegido forma de pago fraccionada son independientes a esta forma de operación. Dichos movimientos deberán ser reportados a la Compañía y reflejados en los registros correspondientes.

10. 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

11. 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
		<div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div>

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
		<div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div>

Clave del agente

Nombre del agente general

Clave del agente general

12. 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 neta: \$	
	Semestral	Anexos de cobertura opcional: \$	
	Trimestral	Derecho de Póliza: \$	
	Mensual	IVA: \$	
		Cantidad total: \$	

13. DATOS DEL AGENTE

Clave		Nombre	
-------	--	--------	--

Firma

El Agente de Seguros, manifiesta bajo protesta de decir verdad que todo lo vertido en la presente solicitud, es expresado por el Contratante y que el Solicitante así como las personas por asegurar llenaron y firmaron esta solicitud en presencia, durante la entrevista correspondiente. Adicionalmente se incluyen copias simples que sustentan la información proporcionada en este formato, mismas que fueron cotejadas contra su original por el Agente.

Observaciones de la Compañía

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 10 de noviembre del 2025, con el número CNSF-H0719-0084-2025

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