

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD COLECTIVO



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 9.

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. Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)						
Persona física	Persona moral	Régimen fiscal (consulta la página www.sat.gob.mx)	Indicar uso de CFDI: D07 Primas por seguro de gastos médicos G03 Gastos en General			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social			RFC o número de identificación oficial (NIF)			
CURP			Estado de nacimiento		País de nacimiento	
Fecha de nacimiento/Constitución de la empresa			Día	Mes	Año	Número de serie del certificado FIEL (si cuenta con ella)
Nacionalidad	Actividad o giro mercantil	Folio Mercantil	Ocupación o profesión (detallar)			
1.1 Domicilio de residencia en México						
Calle			Colonia			
No. exterior	No. interior	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Teléfono de contacto		Correo electrónico				
1.2 Para personas morales						
Nombre completo del representante legal					Nacionalidad	
2. Origen de los recursos (marcar la casilla correspondiente)						
Actividad económica o giro declarado		Recursos de cónyuge o concubino(a)		Recursos de padre o madre		
Herencia/Donación		Pensión/Rendimiento de inversiones		Otro:		
Detallar origen:						
3. 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		

4. En caso de persona moral, indicar personas físicas 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	Fecha de nacimiento			Nacionalidad	%Accionario/Administrador/ Director general
	Día	Mes	Año		

5. Información adicional sólo para persona física o representante legal

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

6. Datos de los Titulares y/o Solicitantes distintos al Contratante

No. Total	Titulares		Dependientes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres

6.1 Características particulares de la colectividad

Inicio de vigencia	Día	Mes	Año	Fin de vigencia	Día	Mes	Año

Manifiesto que el domicilio de los titulares y/o solicitantes es el mismo del contratante (cliente), salvo aviso por escrito de los mismos.

6.2 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 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	
	Dependientes (Cónyuges/Concubinas(os) e Hijos)	

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.

7. Elija su Plan

Básico Preventivo Colectivo	Consultas de primer contacto y especialista - Check up
Básico Preventivo Plus Colectivo	Consultas de primer contacto y especialista - Check up - Medicamentos

8. 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: \$	

9. 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

- 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.

1. Brindar asesoría sobre los productos y servicios que ofrece el Responsable.
2. 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.
3. Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil.
4. Procesar el pago de los productos contratados con el Responsable, a través del portal de servicios en línea.
5. Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable.
6. 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 de servicios asistenciales.
- Proveedores de servicios médicos y de telemedicina.
- Proveedores de servicios ambulatorios.
- Proveedores generadores de expediente electrónico.
- 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, revocarse 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

11. 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

12. 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.

13. 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

14. 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	
Cédula		Vigencia	Día Mes Año
Domicilio dónde realiza sus actividades			
En caso de persona moral el nombre de la agencia:			
Clave del agente			
Nombre y firma del agente o ejecutivo			

15. 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 DocumentFormat) o cualquier otro formato electrónico equivalente a la siguiente cuenta de correo electrónico:

Nombre y firma del Solicitante Titular

16. 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
		Día Mes Año

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
			Día Mes Año
Clave del agente			
Nombre del agente general		Clave del agente general	
17. 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 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 17 de julio, con el número CNSF-H0719-0080-2026.

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