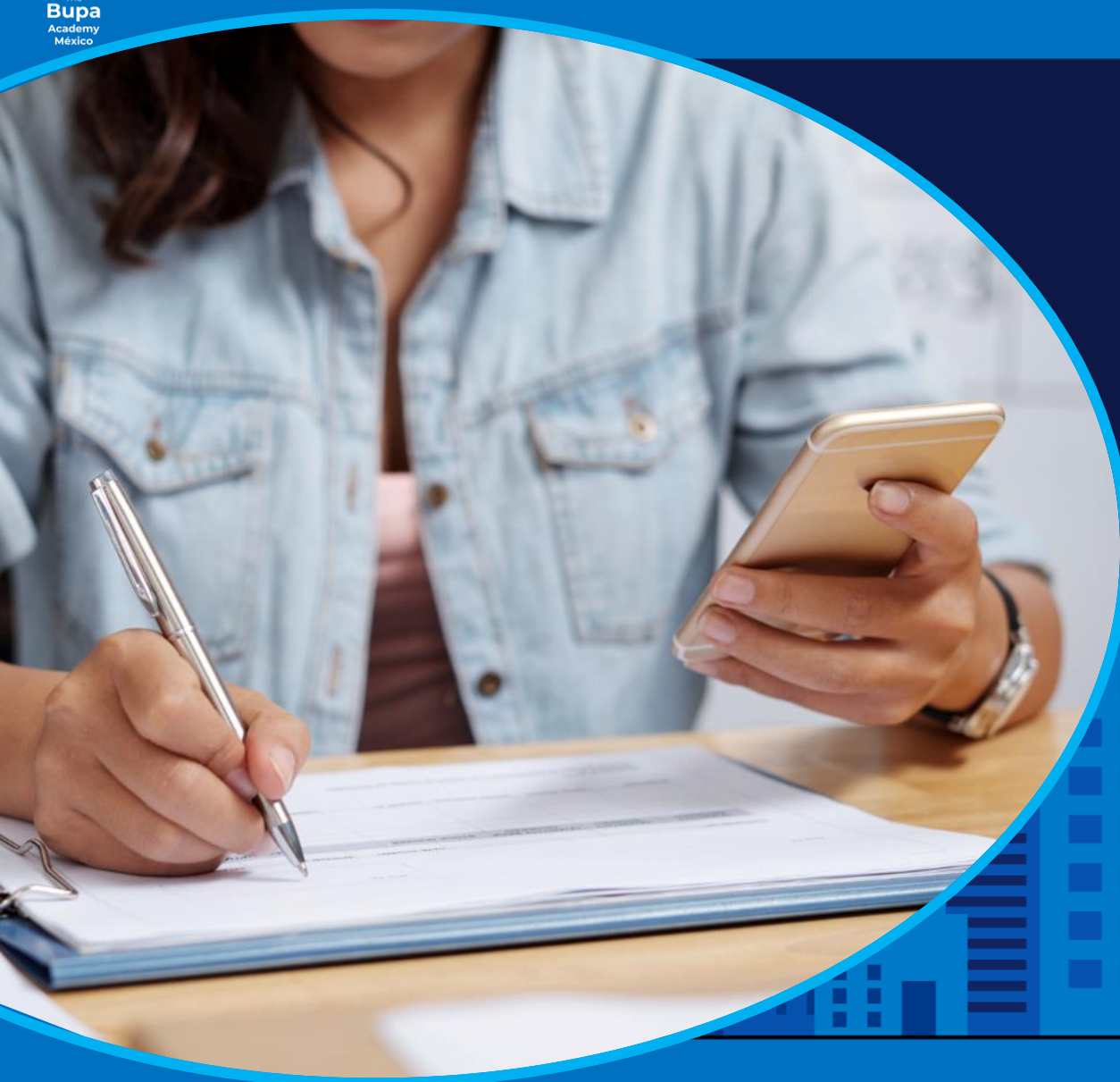




Habilidades técnicas: Formatos operativos





Formulario de cambios



SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Bupa México

Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Favor llenar en letra de imprenta o en formato digital.



1. 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.

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

2. Datos del contratante

Nombre	Apellido(s)	Nombre(s)	No. de póliza
--------	-------------	-----------	---------------

Reducción mundial del consumo de papel

En Bupa México hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. Si usted desea recibir su póliza y condiciones generales en formato PDF (portable document format), u otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en esta solicitud, marque esta casilla:

Favor de leer el formato antes de contestar

1. Contiene el aviso de privacidad, se debe tachar la opción correspondiente si Acepta o no la transferencia de datos personales
- 2 Debe completar la información solicitada
- 3 En este apartado solo se indica el tema de reducción de uso de papel, debe confirmar si desea recibir la información de manera digital

Detalles del cambio solicitado

1

3. Detalles del cambio solicitado (Por favor llene solamente el apartado de la sección 3 correspondiente al cambio que desea efectuar.)

3.1 Cambio de plan *Disponibilidad del cambio de plan únicamente en fecha aniversario

Plan actual		Plan solicitado	
Suma asegurada actual		Suma asegurada solicitada	
Deducible actual		Deducible solicitado	
Coaseguro actual		Coaseguro solicitado	
Zona geográfica	<input type="checkbox"/> Zona 1 <input type="checkbox"/> Zona 2		

2

Requisitos: En caso de que se requiera un deducible menor o que los beneficios aumenten, es necesario adjuntar la solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores completamente requisitada (excepto para cambios dentro de la misma gama de productos tanto para Global Health Plans como para Bupa Nacional Plus)

1. ¿Ha sido usted o cualquiera de sus dependientes hospitalizado y/o sometido a tratamiento y/o ha tomado medicamentos para una condición específica para la cual no se ha presentado una reclamación? Sí No *Especifique:

¿Ha cambiado su salud o la de cualquiera de sus dependientes durante el último año? Sí No *Especifique:

*Si requiere más espacio utilice una hoja adicional

1

3: En este apartado se coloca qué tipo de cambio se está solicitando (**favor de leer las indicaciones**).

2

En caso de cambiar de gama se tiene que volver a enviar **la solicitud y el 492**. Si cambia de un care a un global mantiene número de póliza, pero si es de un global o care y quiere cambiar a un nacional plus si cambiará el número de póliza

Cambio de forma de pago, cambio de contratante, cambio de domicilio y baja de dependientes



1	3.2 Cambio de forma de pago (por favor verifique las opciones de pago disponibles del producto contratado)								
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> 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. 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.									
2	3.3 Cambio de contratante								
Requisitos para cambio de contratante: artículo 492 completo y Formato Único de Identificación de Cliente.									
Nombre del nuevo contratante		Apellido(s)	Nombre(s)						
3	3.4 Cambio de domicilio:	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio fiscal <input type="checkbox"/> Domicilio residencial							
Para actualización de domicilio fiscal es necesario adjuntar copia del aviso ante el SAT y para el domicilio residencial comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.									
Dirección		Calle	No. exterior e interior						
		Delegación o municipio	Colonia						
		Ciudad o Estado	Código Postal						
4	3.5 Baja de dependientes								
Nombre		Fecha de nacimiento		Fecha de baja efectiva					
Apellido(s)		Nombre(s)		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Apellido(s)		Nombre(s)		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

- 1** **3.2:** En este apartado se puede solicitar el **cambio de forma de pago.**
- 2** **3.3:** Datos del **nuevo contratante y 492**, debe ir firmado por el actual contratante que es quien pide el cambio.
- 3** **3.4:** Cambio de domicilio ya sea fiscal o residencial. La cédula fiscal si es aceptada como comprobante de domicilio fiscal y persona moral siempre y cuando no tenga más de 90 días.
- 4** **3.5:** En este apartado se dan de **baja los dependientes económicos**

1	3.6 Cancelación de la póliza (marque con una "X") <input checked="" type="checkbox"/>
	Motivos
El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de su póliza.	
2	3.7 Alta o baja de beneficios adicionales <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja
	<input type="checkbox"/> Endoso de maternidad <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos <input type="checkbox"/> Congénitos <input type="checkbox"/> Emergencias en el extranjero
	<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____
3	3.8 Correcciones a la póliza (si necesita más espacio, solicite otra hoja)
	En este punto debe indicarnos si alguno de los datos solicitados está incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.
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.	

- 1** **3.6:** En caso de cancelación de la póliza se indica en este punto.
- 2** **3.7:** Alta o baja de beneficios adicionales incluyendo Asistencia en el extranjero y Enfermedades catastróficas en el extranjero.
- 3** **3.8:** Si se requieren correcciones a la póliza se indican en este apartado.

1

3.9 Adición de dependientes para maternidad cubierta

Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento. Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. La reproducción asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando éste no se consigue de forma natural debido a problemas de fertilidad, incluyendo pero no limitando inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.

Fig*	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Estatura (Mts)	Peso (kg)
D1				Día Mes Año		
D2				Día Mes Año		
D3				Día Mes Año		
Fig*	Reproducción asistida	Especifique solo en caso de respuesta afirmativa				
D1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
D2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
D3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

*Referencia de figura: Dependiente 1: D1, Dependiente 2: D2, Dependiente 3: D3

Por medio del presente formulario el contratante solicita a **Bupa México**, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. que aplique los cambios solicitados a la relación contractual. Asimismo, el contratante de la póliza conviene que el presente formulario formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que la compañía las acepte y las haga constar en su póliza.

1

3.9: Aquí se indica si se van a agregar dependientes por alguna maternidad cubierta, importante leer las instrucciones.

1

4. Firma

Favor de adjuntar identificación oficial vigente del contratante a la firma del formato.

Firma del Titular y/o Contratante

Correo electrónico

Fecha

Día

Mes

Año

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 diciembre del 2025 con el número CGEN-H0719-0017-2025 / CONDUSEF G-01771-001.

1

Apartado 4:

Firmas de titular y/o contratante, correo y fecha.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

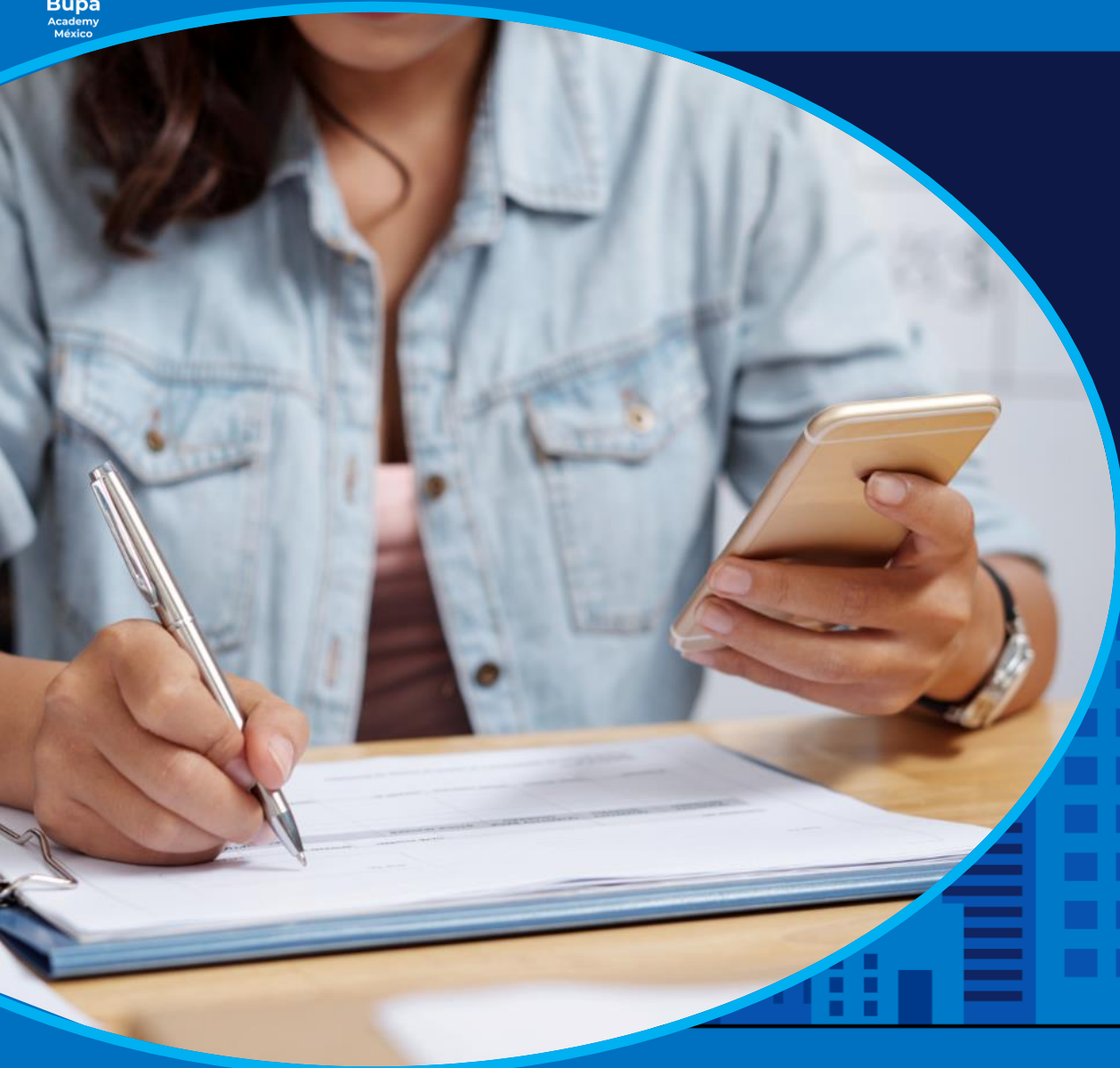
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México

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



Formulario único de identificación y conocimiento del cliente



Relación de documentos a entregar

Datos generales de identificación personas física



1

FORMULARIO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

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
 Este formulario no es válido si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco (que sean aplicables)



2

Relación de Documentos (a entregar como soporte)

<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente	<input type="checkbox"/> Aviso de privacidad firmado
<input type="checkbox"/> Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella)	<input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral)
<input type="checkbox"/> Identificación personal del apoderado o representante legal (solo persona moral)	<input type="checkbox"/> Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera)
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (cuando sea distinto al que aparezca en su identificación como persona física)	<input type="checkbox"/> Constancia de Clave Única de Registro de Población (No será necesaria, si la clave aparece en otro documento o identificación oficial)
<input type="checkbox"/> 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)	

3

Datos Generales de Identificación

1) Contratante Asegurado Beneficiario/Tercero

Datos generales de identificación persona física

Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			No. de Póliza
Fecha de nacimiento <small>Día Mes Año</small>	País de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	CURP (si cuenta con ella)
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:		
	<input type="checkbox"/> D07 Primas por seguro de gastos médicos <input type="checkbox"/> G03 Gastos en General		

1

Este formato se debe presentar en los siguientes casos:

- Cambio de contratante
- NB de persona moral con accionistas donde su participación sea mayor al 25% o sea el administrador

2

En la primera parte se deben tachar los documentos que van a agregarse a este formulario.

3

En caso de ser NB para persona moral ya sea accionista o administrador, se debe marcar la casilla "**Beneficiario / tercero**".

Completa los datos que correspondan



1	Domicilio de residencia en el extranjero (mexicanos con planes internacionales que tengan residencia temporal fuera del país)								
	Domicilio completo	Teléfono	Correo electrónico						
2	Datos generales del representante legal (persona moral)								
	Nombre completo		Nacionalidad						
3	Información adicional sólo para persona física o representante legal								
	¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Definir cargo	Dependencia						
4	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,								
	Ciudad: _____	En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona							
	Firma del contratante (quien paga la prima)	Fecha: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
5	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. Datos de agente y/o ejecutivo:								
	Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número						
	_____ Nombre y firma del agente, ejecutivo o promotor								

- 1 Completar la información que se solicita de datos generales de **domicilio de residencia en el extranjero.**
- 2 Información del **representante legal.**
- 3 Información para personas **políticamente expuestas.**
- 4 Para **persona física** se completan los datos de actuación por cuenta propia.
- 5 En este apartado se completa la información de **entrevista persona por parte del agente, ejecutivo o promotor.**

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.

Aviso de privacidad para conocimiento de nuestro asegurado

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 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.

Se debe seleccionar la opción que corresponda para la transferencia de datos personales.

Una vez leído y entendido el presente Aviso de Privacidad, ACEPTO LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL MISMO

Firma del Contratante, Asegurado o Beneficiario Tercero

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

Se finaliza el formulario con la firma del contratante, asegurado o beneficiario tercero según lo que corresponda



Formulario de reclamación



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Este Formulario aplica para todos los productos de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.



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.

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

Seleccionar la opción correspondiente para transferencia de datos personales

INDICACIONES

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado afectado y del médico tratante. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este formulario deberá ser acompañado de la siguiente documentación:
 - a. Identificación oficial vigente del asegurado afectado.
 - b. Todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
 - c. En caso de solicitud de reembolso, es necesario adjuntar adicionalmente el "Formulario solicitud de Reembolso de Gastos Médicos".
 - d. En caso de solicitud de preautorización de servicio médico favor de anexar todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico y a la necesidad del tratamiento médico solicitado.
 - e. En caso de accidente, Bupa se reserva el derecho de solicitar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes y/o proveedor del servicio médico. En caso de accidente como conductor en vehículos o transportes motorizados, es necesario anexar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Si el vehículo cuenta con seguro, favor de anexar copia del reporte de accidente de la compañía de seguros y/o copia de la Declaración universal de accidente.

Favor de leer con cuidado las indicaciones del formulario y anexar los documentos solicitados según corresponda, de lo contrario el trámite será rechazado.

Indicar el tipo de reclamación e información del asegurado afectado



1	1. TIPO DE RECLAMACIÓN (ELEGIR UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES):			
	<input type="checkbox"/> Pago directo a proveedor médico o Programación de servicio médico	<input type="checkbox"/> Preautorización de servicio médico	<input type="checkbox"/> Reembolso	
2	Elegir una de las siguientes opciones:			Núm. de Póliza
	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo	
	2. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO AFECTADO			
	Nombre del asegurado afectado	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
RFC		Nacionalidad		
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	
		Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Teléfono		Correo electrónico		
3	3. DETALLES SOBRE LA RECLAMACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO)			
	3.1 Indicar el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó			

- 1 **1. Definir el tipo de reclamación.**
- 2 **2. Información general sobre el asegurado afectado.**
- 3 **3. Detalles sobre a reclamación con todos los detalles y síntomas**

1

3.2 ¿Fue hospitalizado por este padecimiento, accidente o emergencia médica grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:											
No. de días de estancia		Fecha de ingreso			Fecha de egreso						
3.3 Indique el diagnóstico motivo de su reclamación											
3.4 Fecha de inicio de padecimiento				3.5 Fecha de primera atención							
3.6 ¿Actualmente tiene otro seguro de Gastos médicos mayores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:											
Compañía						Núm. Póliza					
3.7 ¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:											
Núm.Siniestro				Fecha de Reclamación:							
Nombre del proveedor médico donde fue atendido											

2

1

3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7:
Contestar a todas las preguntas según corresponda de manera detallada.

2

Fecha de primera atención
hay que tener cuidado en el tema de un accidente por los días a considerar (10 días naturales)

1

4. EN CASO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA MÉDICA GRAVE COMPLETAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

4.1 Describir con el mayor detalle posible cómo y en dónde ocurrió el accidente o la emergencia médica grave y qué lesiones sufrió como consecuencia del mismo

4.2 Accidente de tránsito Sí No

2

5. EN CASO DE PROGRAMACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (LLENAR SÓLO SI APLICA)

5.1 Nombre del hospital

5.2 Periodo de la hospitalización De

Día	Mes	Año

 A

Día	Mes	Año

1

4: que se debe usar en caso de accidente o emergencia médica grave, hay que describir con detalla la información solicitada.

2

5: se debe llenar en caso de programación de hospitalización.

1

6. SECCIÓN PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE. TAMBIÉN PUEDE ENVIAR UN INFORME MÉDICO EN HOJA MEMBRETADA, FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE Y CON NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL DEL MISMO.

6.1 Indicar el nombre del asegurado afectado:

6.2 Indique el diagnóstico

6.3 Estudios realizados para determinar el diagnóstico

6.4 Fecha en que se determina el diagnóstico

Día Mes Año

6.5 ¿Su padecimiento tiene relación con otro padecimiento? No Sí ¿A cuál y por qué?

6.6 Cuadro clínico (signos y síntomas)

6.7 Tratamiento

6.8 ¿Se presentaron complicaciones? Sí No En caso afirmativo, describir las complicaciones:

1

Información para ser llenada por el médico tratante
Recuerda que se puede usar un informe médico que contenga la información del **apartado 6**

Presupuesto de honorarios médicos para pago directo

Datos de médico tratante



1

PRESUPUESTO DE HONORARIOS MÉDICOS PARA PAGO DIRECTO					
Fecha del servicio	Nombre del proveedor / médico(s) tratante(s)	Especialidad	Cédula profesional	Descripción del servicio	Importe en pesos mexicanos
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Totales					
Presupuesto					

2

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre	Especialidad	Cédula profesional	Teléfono	Firma

3

7. EN CASO DE UTILIZAR UN PROVEEDOR ADICIONAL DE MATERIALES E INSUMOS LLENAR EL SIGUIENTE APARTADO				
7.1 Nombre del proveedor		7.2 RFC		
7.3 Dirección				
7.4 Teléfono		7.5 Fecha	Día	Mes
7.5 Total de los servicios		Favor de anexar el presupuesto detallado de los servicios a prestar.		

1

En este apartado se debe colocar **el presupuesto de honorarios médicos para pago directo.**

2

Datos del **médico tratante** y **firma autógrafa.**

3

7: Se debe colocar la información de **proveedores adicionales** y anexar el presupuesto detallado de los servicios a prestar.

Firma del asegurado afectado o en caso de menor de edad o estar imposibilitado padre, madre, tutor o representante



1

8: Firmas de asegurado afectado, lugar y fecha

2

9: Se llena en caso de ser un menor de edad o imposibilidad del asegurado afectado de firmar

1

8. FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO

Lugar:		Fecha:	Día	Mes	Año
Nombre y firma (Asegurado afectado)					

2

9. EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O IMPOSIBILIDAD DEL ASEGURADO AFECTADO PARA FIRMAR

Nombre		Parentesco			
Lugar:		Fecha:	Día	Mes	Año
Firma de madre, padre, tutor o representante					
Anexar copia de la identificación oficial con firma de la madre, padre, tutor o representante que firma.					

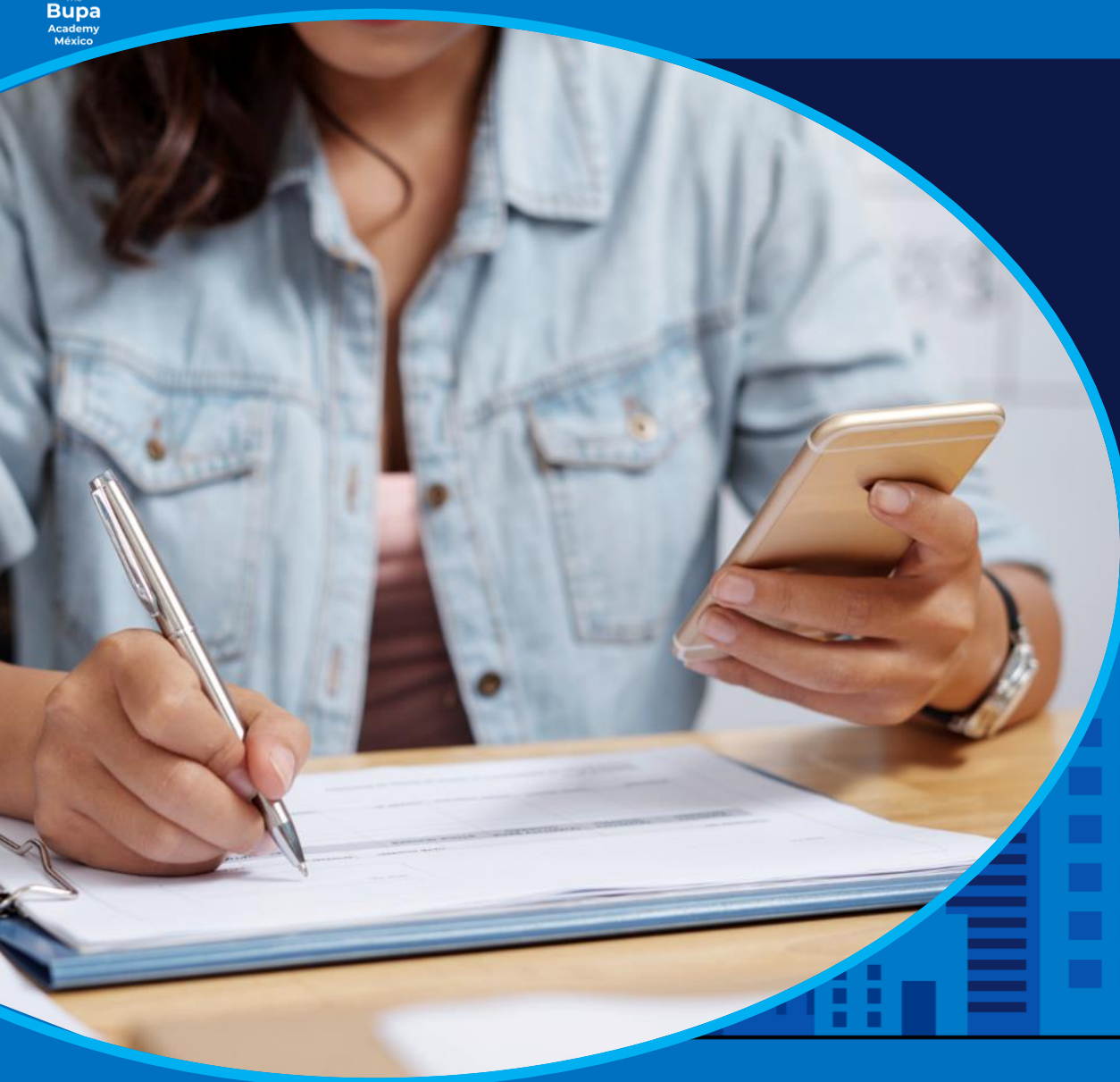
Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

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

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO



Formulario de reembolso



Indicaciones sobre el llenado del formulario de reembolso

Favor de leer detenidamente



FORMULARIO SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Este Formulario aplica para todos los productos de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.



INDICACIONES

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado afectado y del médico tratante. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

NOTA

1. Este formulario deberá ser acompañado de la siguiente documentación:
 - a. Identificación oficial vigente del asegurado afectado.
 - b. Todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
 - c. En caso de solicitud de reembolso, es necesario adjuntar adicionalmente el "Formulario de Reclamación".
 - d. En caso de solicitud de preautorización de servicio médico favor de anexar todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico y a la necesidad del tratamiento médico solicitado.
 - e. En caso de accidente, Bupa se reserva el derecho de solicitar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes y/o proveedor del servicio médico. En caso de accidente como conductor en vehículos o transportes motorizados, es necesario anexar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Si el vehículo cuenta con seguro, favor de anexar copia del reporte de accidente de la compañía de seguros.

Favor de leer con cuidado las indicaciones del formulario y anexar los documentos solicitados según corresponda, de lo contrario el trámite será rechazado.

Datos generales de identificación del contratante persona física o moral



1

1. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (ES QUIEN PAGA LA PRIMA) 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)
<small>Día Mes Año</small>			
Nacionalidad	RFC		
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)	

2

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (ES QUIEN PAGA LA PRIMA) 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)	
<small>Día Mes Año</small>			
Nacionalidad	RFC		
Objeto social o giro	No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)		

3

DIRECCIÓN (YA SEA PERSONA FÍSICA O MORAL)

Calle		No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o delegación	Entidad federativa	
Ciudad o población	Código postal	Teléfono particular	Correo electrónico

1

1. Datos generales de identificación del contratante **persona física**.

2

2. Datos generales de identificación del contratante **persona moral**.

3

3. Datos generales de la dirección ya sea persona física o moral.

Datos generales de identificación asegurado titular, asegurado afectado, tipo de reclamación



1 **2. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR**
(en caso de que los datos sean los mismos que los del contratante, solo será necesario confirmarlo mediante esta casilla:)

Nombre completo:		Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
RFC:		Teléfono:			

2 **3. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO**
(en caso de que los datos sean los mismos que los del asegurado titular, solo será necesario confirmarlo mediante esta casilla:)

Nombre del asegurado afectado:		Teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Correo electrónico:			

3 **4. TIPO DE RECLAMACIÓN**

Inicial
(Es la primera vez que presenta gastos por este evento)

Complementaria
(Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

Diagnóstico

Favor de indicar el número de cada factura y el monto correspondiente a cada una:

Monto total reclamado		\$	
No. de factura	Monto reclamado	No. de factura	Monto reclamado
1	\$	7	\$
2	\$	8	\$
3	\$	9	\$
4	\$	10	\$
5	\$	11	\$
6	\$	12	\$
		13	\$
		14	\$
		15	\$
		16	\$
		17	\$
		18	\$

Entrega de informe médico, resumen clínico o historia clínica Sí No

Entrega de resultados de estudios Sí No Cuáles

Entrega de otros documentos Sí No Cuáles

- 1** **2: Datos generales de identificación del asegurado titular**
- 2** **3: Datos generales del asegurado afectado.**
- 3** **4: Tipo de reclamación** si es inicial o complementaria y el detalle de las facturas.

1

5. IDENTIFICACIÓN DE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA		
Información adicional sólo para persona física o representante legal		
¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Definir cargo	Dependencia
Actúa en nombre y cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:	
Nombre y firma del beneficiario de pago:		

2

6. DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA (A QUIEN DEBERÁ EFECTUARSE EL PAGO)		
Favor de marcar si el titular de la cuenta es el titular o el contratante		
<input type="checkbox"/> Asegurado Titular	<input type="checkbox"/> Contratante	Alta de cuenta bancaria <input type="checkbox"/>
		¿Desea actualizar la cuenta bancaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuenta CLABE (a 18 dígitos)		
Nombre del Banco:		

1

5. Identificación del titular de la cuenta bancaria.

2

6. Datos del titular de la cuenta bancaria y datos de cuenta bancaria. En este apartado se puede dar de alta o actualizar la cuenta bancaria para el reembolso.

Por este medio solicito y autorizo a Bupa México, para que cualquier pago que proceda a mi favor en mi calidad de Asegurado Titular y/o contratante o a favor de los Asegurados, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre o a nombre del beneficiario del pago.

El asegurado declara, bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a Bupa México, por los pagos/depósitos que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. Asimismo, declara expresamente que al efectuarse el o los depósitos o las transferencias a la cuenta antes mencionada, o el o los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza, los tendrá reconocidos y efectuados a su más entera satisfacción, otorgando a Bupa México, el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándose acción o derecho que ejercitar en contra de esta institución con motivo de los pagos realizados. De la misma manera, desde este momento asume cualquier obligación frente a terceros que pudiera derivarse de estos pagos, deslindando a Bupa México, de cualquier reclamación originada con motivo del cumplimiento del contrato del seguro citado.

Información importante relacionada a su reembolso:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada esté a nombre del Beneficiario de pago.
- La documentación física entregada a esta institución de la o las reclamaciones, permanecerán en la oficina receptora del trámite por 30 días naturales, posteriormente serán anexadas al expediente de la reclamación. Su entrega será a petición expresa del Asegurado Titular previa revisión y, en su caso, aceptación de su solicitud por parte de la Aseguradora.
- Presentar estado de cuenta bancaria que contenga la cuenta CLABE a nombre del beneficiario de pago y no mayor a tres meses de su emisión (se requiere presentar sólo una vez y en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En subsecuentes reclamaciones sólo es necesario presentar la solicitud de reembolso con la información bancaria correspondiente.

Información general del reembolso

1

7. FIRMA

Lugar:		Fecha:	Dia	Mes	Año
Nombre y firma del contratante y/o asegurado titular					
Nombre y firma del asegurado afectado					

2

8. 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.

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

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

1

**7: Firmas de contratante y/o asegurado titular
Firmas del asegurado afectado.**

2

8: Aviso de privacidad, se debe seleccionar la opción si acepta o no transferir sus datos personales.



Certificado de buena salud



CERTIFICADO DE BUENA SALUD

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



1

1: Indica si se para una rehabilitación, renovación o nuevo negocio.

2

Información del asegurado titular llenar los datos que correspondan.

1

Marque con una "X" según corresponda al tipo de movimiento: Rehabilitación Renovación Nuevo Negocio

2

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		

Entiendo que este Certificado de Buena Salud y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud original y/o solicitado por Bupa servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este Certificado haya sido aprobado por Bupa.

Con mi firma abajo certifico, que desde la fecha:

Día	Mes	Año

NINGUNO DE LOS ASEGURADOS bajo esta póliza ha presentado síntomas, enfermedad, accidente, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico alguno o ha estado hospitalizado (excepto lo que haya sido declarado en la solicitud original de esta póliza) hasta el

Día	Mes	Año

 (fecha de firma del presente documento).

Apartado 2 Indicar cuando la condición de salud tuvo algún cambio



1

2. En caso de que algún asegurado haya presentado un cambio en su condición de salud, por favor indique el nombre completo del asegurado, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado, así como el resultado de este. Adicionalmente, proporcione el nombre completo, dirección y teléfono de los médicos y hospitales donde haya sido atendido. (Si requiere más espacio, por favor añada páginas adicionales).

Nombre del asegurado	Apellidos	Nombre(s)
Condición		
Diagnóstico		
Tratamiento clínico o quirúrgico	<input type="checkbox"/> Recibido	<input type="checkbox"/> Recomendado
Resultados		
Nombre del médico		
Dirección		
Teléfono		
Nombre del hospital		
Dirección		
Teléfono		
¿Se encuentra actualmente embarazada alguna de las personas propuestas para cobertura bajo esta póliza? Si respondió "Sí", por favor indique abajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la asegurada	Fecha de nacimiento	Día Mes Año

1

2. En caso de que algún asegurado haya presentado un cambio en su condición de salud completar la información solicitada.

Se declara y acepta que los padecimientos comprendidos entre la terminación del contrato y su renovación o rehabilitación, no estarán cubiertos bajo ninguna cobertura.

Se entiende que este "Certificado de Buena Salud para Solicitud de Rehabilitación" y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud servirán de base para cualquier cobertura otorgada. Ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este certificado haya sido aprobado por Bupa.

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 ("**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

1

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

1

Aviso de privacidad, se debe seleccionar la opción si acepta o no transferir sus datos personales.

1

4. FIRMA									
Firma del asegurado principal		Fecha:	<table border="1"><thead><tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							
Ratifico que el presente formato ha sido firmado por el Asegurado Principal									
Nombre del Agente	Apellidos	Nombre(s)							
Firma del Agente		Fecha:	<table border="1"><thead><tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							

1

4: Firma del asegurado y el agente y fecha.

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 27 de enero de 2026, con el número CGEN-H0719-0002-2026

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



Gracias

