



GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

BUPA MÉXICO

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Para ayudarle a completar fácilmente este formulario, lo hemos dividido en secciones claramente enumeradas. Con el fin de evitar reescribir un mismo nombre, estos íconos **AT** **1** **2** **3** **4** representarán a la persona que usted describe en este formulario.

Cuando usted vea **AT** necesita proporcionar la información del Asegurado Titular y/o Contratante, y los números del **1** al **4** se refieren a los dependientes que se incluirán en la póliza.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS, CON TINTA NEGRA Y LETRA CLARA.

Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: mesadecontrol@bupalatinamerica.com; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en Montes Urales No. 745 PB, Col. Chapultepec, en la Ciudad de México, para que su póliza pueda ser emitida.

Por favor asegúrese de proporcionarnos la información completa y precisa en este formulario de solicitud para cada uno de los integrantes.

Todas las secciones deben ser completadas por el Asegurado Titular y/o Contratante Titular de la póliza.

Es importante que una vez complete este formulario y antes de firmarlo, lo lea y se asegure que la información esté correcta y completa. El proceso de evaluación y emisión podrá iniciarse sólo si la solicitud ha sido llenada completamente y no contiene tachaduras ni enmendaduras y su documentación ha sido recibida.

Esperamos poder darle la bienvenida como cliente de Bupa Global.

Bupa o Bupa Global se refiere a Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.

PARA NUEVOS ASEGURADOS

Por favor complete de la sección 2 a la 10 y la sección 13.
Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.
El productor de seguros debe llenar y firmar la sección 12.

PARA ASEGURADOS ACTUALES

Existen cambios que usted puede realizar a su plan completando este formulario. Asegúrese de leer, firmar y escribir la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para cambiar sus datos de contacto:

Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su información de contacto para que podamos asegurar que reciba correspondencia importante.

- Complete las secciones 1 a la 3, si corresponden.
- Complete la sección 9, si corresponde.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para agregar un nuevo integrante a su plan:

- Complete la sección 1 y de la 5 a la 7.
- Complete las secciones 9 y 10, si corresponden.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para cambiar de cobertura (sólo dentro de la gama Global Health Plans):

- Complete la sección 1 y de la 6 a la 8.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para hacer cambios a su forma de pago:

- Complete las secciones 1 y 13.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

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.

GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Esta solicitud debe ser completada por nuevos asegurados o asegurados existentes de Bupa Global.

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.

Número de RECAS

PÓLIZA NUEVA

DEPENDIENTE ADICIONAL

CAMBIO

Fecha solicitada de cobertura

DD/MM/AAAA

1 ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE

AT

Número de póliza

2 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

PERSONA FÍSICA: DATOS PERSONALES

La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en la Carátula de su Póliza en caso de ser aprobada.

Estado civil* Masculino Femenino Peso Kg Lbs Estatura Mts.

Llenar si el Contratante y el Asegurado Titular es el mismo.

Nombres

Apellidos

Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA

Nacionalidad

Ocupación o profesión

R.F.C.

C.U.R.P.

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a).

PERSONA MORAL

Nombre o razón social

Fecha de constitución DD/MM/AAAA

Folio mercantil

Nombre del apoderado legal

Giro del negocio

DATOS DE CONTACTO

Dirección

Ciudad

Estado

País

Correo electrónico

Teléfono

Código postal

Años en el domicilio

¿Es usted residente de los EE.UU.? Sí No

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

AT

DATOS PERSONALES

Completar sólo si es diferente a la información del Contratante, persona física.

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Nombres											
Apellidos											
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Nacionalidad							
Ocupación o profesión											
R.F.C.				C.U.R.P.							

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a).

DATOS DE CONTACTO

Completar sólo si es diferente a la información del Contratante

Dirección de residencia											
Ciudad		Estado		País							
Correo electrónico							Teléfono				
Código postal				Años en el domicilio							
¿Es usted residente de los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											

4 REDUCCIÓN MUNDIAL DEL CONSUMO DE PAPEL

AT

En Bupa hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. Mediante esta opción solicitamos que nos indique el medio por el cual requiere que se le haga entrega de sus condiciones generales:

- A través de dispositivos de almacenamiento electrónicos u ópticos; adicionalmente están disponibles en el sitio de internet www.bupa.com.mx.
- De forma impresa

5 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA

Nombres											1
Apellidos											
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación							
Relación con el asegurado titular											
Correo electrónico											
* Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a), D para divorciado(a) y V para viudo(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.											
Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											

Nombres											2
Apellidos											
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación							
Relación con el asegurado titular											
Correo electrónico											
* Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a), D para divorciado(a) y V para viudo(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.											
Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											

5 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA (CONTINUACIÓN)

Nombres									3	
Apellidos										
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Ocupación							
Relación con el asegurado titular										
Correo electrónico										

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta:
¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Nombres									4	
Apellidos										
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Ocupación							
Relación con el asegurado titular										
Correo electrónico										

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta:
¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Si alguna de estas personas tiene una dirección diferente o 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.

Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.

6 CUESTIONARIO MÉDICO

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

1	Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquiñes, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
8	Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Desórdenes de la piel, como: ecema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
11	Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
12	Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
17	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
18 PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES		
a	¿Está embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: DD/MM/AAAA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha: DD/MM/AAAA ¿De qué tipo? DD/MM/AAAA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha: DD/MM/AAAA Causa: DD/MM/AAAA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: DD/MM/AAAA Causa: DD/MM/AAAA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha:	DD/MM/AAAA	Causa:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
h	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, etc.?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
19 PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES				
a	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Nombre del(los) solicitante(s)			

INFORMACIÓN ADICIONAL

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 19. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

- (a) Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).
- (b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)
- (c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.

Marque aquí si necesita más espacio y utilizó una hoja aparte.

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

HISTORIAL MÉDICO

Exámenes médicos: ¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AAAA
--------	--	----------------	--	-------	------------

Resultado: Normal Anormal Si es anormal, favor explique

Hábitos: ¿El Solicitante y/o Dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre		Tipo		Cuanto Tiempo		Fecha	DD/MM/AAAA
--------	--	------	--	---------------	--	-------	------------

Historial familiar: ¿Tiene el Solicitante y/o Dependiente(s) historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden				Desorden
	Padre	Madre	Hermano	Hijo	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7 MÉDICO TRATANTE

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			

8 ELIJA SU PLAN

AT

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

Producto	Deducibles				
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
<input type="checkbox"/> Major Medical	<input type="checkbox"/> US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000			
<input type="checkbox"/> Select	<input type="checkbox"/> US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000		
<input type="checkbox"/> Premier	<input type="checkbox"/> US\$1,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> US\$1,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000
<input type="checkbox"/> Otro producto	Deducible		Coaseguro		

COBERTURAS ADICIONALES

Únicamente disponibles para productos Bupa Care: Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾ Procedimientos de trasplante ⁽²⁾
 Padecimientos congénitos

Únicamente disponibles para Bupa One y Bupa One Plus: Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾ Emergencia en el extranjero

⁽¹⁾ por favor complete el Cuestionario de maternidad

⁽²⁾ Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

9 BENEFICIARIO

AT

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

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Correo electrónico

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

10 INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

AT

Si el Solicitante y/o Dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía y mantendrán dicha cobertura, por favor marque aquí y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía

Número de póliza

Fecha de renovación

DD/MM/AAAA

Valor del deducible

11 CONSENTIMIENTO

AT

AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "Bupa México") de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, su Reglamento, emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

Bupa México, con domicilio en Montes Urales No. 745 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, hace de su conocimiento que tratará los datos personales que usted proporcione con identificación de los datos sensibles, para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

El tratamiento de datos personales del titular, incluyendo los datos personales sensibles que en su caso lleguemos a recabar, y salvo que el titular disponga lo contrario, tiene como finalidad el desarrollo de nuevos productos y servicios, asesoría, comercialización, promoción, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros contratados por usted o la empresa que representa y otras obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y comercial entre el titular de datos personales y Bupa México, para:

1. La evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, evaluar la calidad en el servicio, para informarle de todos los beneficios de su póliza, otorgarle los servicios que puede usted obtener por la descarga de aplicaciones tecnológicas ("Apps") en su(s) aplicativo(s) móvil(es) ("apps"), así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable, compartir su información con los agentes de acuerdo a las necesidades derivadas del cumplimiento del contrato.
2. Hacer de su conocimiento, la gama de nuevos productos y servicios, así como beneficios, descuentos, promociones, estudios de mercado, sorteos, notificaciones sobre cambio en condiciones y en general toda la publicidad derivada de los servicios que ofrece Bupa México, y/o las empresas afiliadas y subsidiarias.

3. El análisis de uso de nuestros productos y servicios.
4. El cumplimiento de nuestros términos y condiciones en la prestación de nuestros servicios.

Los datos sensibles que se pudieran recabar, podrán ser utilizados para la identificación de riesgo en la contratación y diseño de productos de seguros.

Desde este momento por la contratación de los servicios que Bupa México ofrece, o por una simple solicitud, o cotización de dichos servicios, se entiende que usted, titular de los datos tanto personales como sensibles, al momento de firmar el presente Aviso de Privacidad, está otorgando de manera expresa su consentimiento para la transmisión de dichos datos a:

1. Las empresas afiliadas y subsidiarias o socios comerciales de Bupa México a nivel internacional.
2. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por Bupa México o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias. Incluyendo los proveedores de servicios de investigación, análisis de datos, envío de información enfocada a las necesidades del titular de datos personales, así como en la realización de otros servicios financieros necesarios o requeridos por el titular de datos personales. Los terceros y las entidades receptores de datos personales, asumen las mismas obligaciones y/o responsabilidades de Bupa México de conformidad con lo descrito en el presente Aviso de Privacidad.
3. Autoridades financieras, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
4. Autoridades judiciales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.
5. Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, para fines de prevención de fraude y selección de riesgos.

El ejercicio de los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición (ARCO) y la revocación del consentimiento, deberán realizarse por escrito en la

dirección citada en el apartado Identidad y domicilio del presente Aviso de Privacidad o, en su caso, a través de un correo electrónico enviado a la dirección privacidad@bupalatinamerica.com; cualquiera que sea el medio de su elección para hacer ejercicio de algún derecho ARCO, el responsable de sus datos personales se pondrá en contacto con usted.

Cualquier cambio al presente aviso de privacidad, le será informado a través de avisos en el portal de Internet de Bupa México, www.bupa.com.mx, o mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted. En

todo caso, recomendamos visite la página de Internet antes citada frecuentemente.

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

He leído y me doy por enterado del presente aviso de privacidad, de igual forma, estoy de acuerdo en todos sus términos.

Nombre del Titular

Firma del Titular

Fecha

CONSENTIMIENTO A SU MÉDICO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

De común acuerdo entre el Asegurado y Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (de ahora en adelante "Bupa México"), enterado(a) de lo anterior y para efectos de esta solicitud, declaro estar dispuesto (a) a que se me practique a mí o a mis dependientes un examen médico, si así lo estima necesario Bupa México, mismo que correrá a cargo de ésta. Además autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a lo que hayamos examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado para dicho examen, a proporcionar a Bupa México todos los informes que se refieren a mi salud o a la de mis dependientes.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el establecimiento de mi salud o la de alguno de mis dependientes a propor-

cionar a Bupa México todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar la solicitud, o en cualquier momento que Bupa México considere necesario.

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.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Hago constar que la información y datos asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro que solicito, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaramos bajo protesta 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, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

El proponente estará obligado a declarar por escrito a Bupa México, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. 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.

Si el contrato se celebra por un representante o se propone por cuenta de otro, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, así como del tercero asegurado o su intermediario según corresponda.

Nos hemos enterado detenidamente de las cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda Bupa México, otorgamos de una manera expresa nuestra con dichas cláusulas, y aceptamos las obligaciones que las mismas nos imponen como contratantes.

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos o en otro país, conllevará a la posible terminación de mi cobertura con Bupa México. Además, deberé informar a Bupa México si yo o cualquiera de mis dependientes bajo la póliza, nos hemos convertido en residentes permanentes de los Estados Unidos de América o cualquier otro país distinto a México.

He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

Si cualquiera de los asegurados 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.

Si usted desea recibir una copia de este formulario de solicitud, por favor solicítelo.

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.bupa.com.mx.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR Y/O CONTRATANTE

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 Asegurado Titular y/o Contratante			
Firma del Asegurado Titular y/o Contratante		Fecha	DD/MM/AAAA
Correo electrónico			
El suscrito declara que contrata la póliza para sí por su cuenta propia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de que su respuesta sea negativa, favor de señalar a continuación la información de la persona para la cual se pretende contratar la póliza de seguro:			
Nombre			
Apellidos			
Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Teléfono		Correo electrónico	

NUESTRO PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con el Departamento de Atención al teléfono 55 5202 1701. También puede enviarnos un correo electrónico o escribirnos a la dirección: serviciocliente@bupalatinamerica.com, o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en:

**Montes Urales No. 745, 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
C.P. 11000 Ciudad de México**

12 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL PRODUCTOR)

Los agentes de seguros 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. En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Los agentes de seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el Reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situa-

ciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

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 asegurado 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.

Clave del agente		Nombre (en letra de molde)	
Fecha	DD/MM/AAAA	Firma	
Clave de promotor		Correo electrónico	

13 FORMATO DE ENTREVISTA PERSONAL

Nombre del asegurado titular y/o contratante			
Fecha de visita anterior	DD/MM/AAAA	Fecha de visita actual	DD/MM/AAAA
Ocupación		Relación con el asegurado titular	

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PERSONA FÍSICA

- Identificación oficial
- Constancia de la Clave única de registro de población
- Firma Electrónica Avanzada (opcional)
- Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)
- Documento con que se acredite legal estancia en el país, en caso de extranjeros
- RFC (para facturación)

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PERSONA MORAL

- Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio
- Registro Público de Comercio
- Cédula de Identificación Fiscal (RFC)
- Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)
- Testimonio notarial o copia certificada del instrumento en el que constan los poderes del representante
- Identificación oficial del apoderado legal

Las copias simples de los documentos fueron cotejadas contra sus originales.

La presente visita fue realizada por:

Nombre	
Apellidos	
Firma del entrevistador	

14 DETALLES SOBRE SU PAGO

AT

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL* MENSUAL*

* Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

- CHEQUE DE CAJA CHEQUE PERSONAL
 GIRO BANCARIO CHEQUE DE VIAJERO

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

- TRANSFERENCIA BANCARIA

BANAMEX

SUCURSAL 197 C.F. Lomas
 CUENTA EN PESOS # 5951460
 CLABE:002180019759514604

BBVA

SUCURSAL 0956 C.F. Lomas
 CUENTA EN PESOS # 0156150349
 CLABE:012180001561503490
 CONVENIO CIE: 796255

El número de referencia bancaria será incluido en su recibo de pago.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

- TARJETA DE CRÉDITO

Yo, por medio de la presente autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A de C.V. a que por conducto del banco de su elección y con base en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito que respaldan mi tarjeta afiliada Visa, Master Card o American Express, efectúe el cobro de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por Bupa México, Compañía de Seguros, S.A de C.V. en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en mi cuenta para que se cubran las obligaciones de pago a mi cargo, dándome por enterado que dichos pagos se realizarán con base en el inicio de vigencia de la póliza, forma de pago seleccionado y en la periodicidad elegida. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en Estado de Cuenta Bancario es mi obligación notificar a la aseguradora.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa México, Compañía de Seguros, S.A.de C.V. dejará de prestarme el servicio contratado además de las señaladas en el contrato de seguro, también por:

1. Cancelación o cambios en el Instrumento Bancario no notificado a la Aseguradora
2. Por rechazo bancario
3. Cancelación de la póliza por falta de pago

TARJETA:







Número de tarjeta de crédito

Fecha de expiración

MM/AAAA

Código de seguridad

Correo electrónico

Dirección del tarjetahabiente

Si las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (renovaciones, altas, etc.) en el importe, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen con la nueva cantidad previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice esa institución para evitar la cancelación de la póliza en referencia.

Entiendo que el contratante de la póliza es la única persona que se reserva el derecho de optar por otro instrumento de pago o cancelar la autorización de los cargos automáticos cuando así lo desee, previa notificación por escrito a Bupa México, Compañía de Seguros, SA de CV., con 15 días de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de Gastos Médicos dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de emisión, o mi póliza será cancelada en términos de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

Parentesco con el Asegurado Titular:

<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Sobrino
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Cuñado	<input type="checkbox"/> Nieto
<input type="checkbox"/> Representante legal		

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta responsabilizándose de éstos, de acuerdo al Artículo 10 de la ley de Títulos y Operaciones de Crédito. En cumplimiento del artículo 492 de la Ley de Instituciones Seguros y de Fianzas, solicitamos fotocopia por ambos lados de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

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 con el número de registro CGEN-S0065-0146-2017 de fecha 16 de octubre de 2017.

**UNIDAD ESPECIALIZADA DE
ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)**

Montes Urales No. 745 1er piso,
Col. Lomas de Chapultepec
Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701
01 800 227 3339
UEAP@bupalatinamerica.com

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

Montes Urales No. 745 1er piso,
Col. Lomas de Chapultepec
Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701
01 800 227 3339
serviciocliente@bupalatinamerica.com
www.bupa.com.mx