

# SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL



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.

**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		Para uso de la Compañía: Número de Póliza	
-----------------	--	--	--

Póliza nueva     Dependientes adicionales     Cambio de plan

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE

Persona Física     Persona Moral

Nombre o Razón Social			
-----------------------	--	--	--

Fecha de nacimiento			
---------------------	--	--	--

### 1.1 PERSONA MORAL

Fecha de Constitución		Folio Mercantil	
-----------------------	--	-----------------	--

Nombre del Apoderado Legal			
----------------------------	--	--	--

### 1.2 DOMICILIO

Calle y Número		Colonia	
----------------	--	---------	--

Ciudad		Delegación o Municipio	
--------	--	------------------------	--

Estado		Código postal		Años en este domicilio	
--------	--	---------------	--	------------------------	--

### 1.3 NACIONALIDAD, R.F.C., C.U.R.P.

R.F.C.		C.U.R.P.	
--------	--	----------	--

País de Nacimiento		País de residencia		Nacionalidad	
--------------------	--	--------------------	--	--------------	--

Ocupación o Profesión			
-----------------------	--	--	--

Giro del Negocio		Firma Electrónica	
------------------	--	-------------------	--

### 1.4 TELÉFONOS, FAX Y CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)

Residencial	Código de área	Número	Celular	Código de área	Número
-------------	----------------	--------	---------	----------------	--------

Fax	Código de área	Número	Trabajo	Código de área	Número
-----	----------------	--------	---------	----------------	--------

E-mail					
--------	--	--	--	--	--

## 2. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO TITULAR (Llenar solamente si es diferente al contratante)

Nombre del Solicitante	Relación con el Asegurado Titular	Estado civil <sup>(1)</sup>	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------	------	------	----------

Nombre	Asegurado Titular		Día/Mes/Año	M	kg	m
--------	-------------------	--	-------------	---	----	---

Apellido	F
----------	---

### 2.1 DOMICILIO

Calle y Número		Colonia	
----------------	--	---------	--

Ciudad		Delegación o Municipio	
--------	--	------------------------	--

Estado		Código postal		Años en este domicilio	
--------	--	---------------	--	------------------------	--

## 2. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO TITULAR (continuación)

### 2.2 NACIONALIDAD, RFC, CURP (ASEGURADO TITULAR)

R.F.C.		C.U.R.P.	
País de Nacimiento		País de residencia	Nacionalidad
Ocupación o Profesión			
Giro del Negocio		Firma Electrónica	
Tipo de identificación		Número	

### 2.3 TELÉFONOS, FAX Y CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)

Residencial	Código de área	Número	Celular	Código de área	Número
Fax	Código de área	Número	Trabajo	Código de área	Número
E-mail					

Nombre de los solicitantes (dependientes)		Relación con el Asegurado Titular	Estado civil <sup>(1)</sup>	Fecha de nacimiento	Estudiante	Sexo	Peso	Estatura
Nombre					Sí <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos				Día/Mes/Año	No <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Kg	M
Nombre					Sí <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos				Día/Mes/Año	No <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Kg	M
Nombre					Sí <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos				Día/Mes/Año	No <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Kg	M
Nombre					Sí <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos				Día/Mes/Año	No <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Kg	M

<sup>(1)</sup> **S** - soltero **C** - casado(a) - **D** - divorciado(a) **V** - viudo(a)

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar

Nota: Todo solicitante **de 65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

### 2.4 TODOS LOS DEPENDIENTES DECLARAN EL MISMO DOMICILIO DEL CONTRATANTE:

Sí  No Si la respuesta es no declarar domicilio:

Calle y Número		Colonia	
Ciudad		Delegación o Municipio	
Estado		Código postal	Años en este domicilio

## 3. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

<input type="checkbox"/> Bupa One <input type="checkbox"/> Bupa One Plus	<input type="checkbox"/> Coaseguro 0% <input type="checkbox"/> Coaseguro 10%	<input type="checkbox"/> 1,000/10,000 <input type="checkbox"/> 2,000/10,000 <input type="checkbox"/> 3,500/10,000 <input type="checkbox"/> 5,000/10,000 <input type="checkbox"/> 10,000/10,000	<input type="checkbox"/> Región 1 <input type="checkbox"/> Región 2 <input type="checkbox"/> Región 3 <input type="checkbox"/> Región 4 <input type="checkbox"/> Región 5
---	---	--	---

Coberturas adicionales  Complicaciones de maternidad <sup>(2)</sup>  Emergencia en el Extranjero

<input type="checkbox"/> Bupa Diamond Care <input type="checkbox"/> Bupa Complete Care <input type="checkbox"/> Bupa Advantage Care <input type="checkbox"/> Bupa Secure Care <input type="checkbox"/> Bupa Essential Care <input type="checkbox"/> Bupa Total	<input type="checkbox"/> Plan 2 1,000 / 2,000 <input type="checkbox"/> Plan 3 2,000 / 3,000 <input type="checkbox"/> Plan 4 5,000 / 5,000 <input type="checkbox"/> Plan 5 10,000 / 10,000 <input type="checkbox"/> Plan 6 20,000 / 20,000	Coberturas adicionales*: <input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Procedimiento de trasplante <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Padecimientos congénitos
---	---	--

\*No aplica Bupa One y Bupa One Plus

<sup>(2)</sup> Por favor complete el Cuestionario de Maternidad

<sup>(3)</sup> Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

#### 4. INFORMACIÓN DE SEGURO ANTERIOR

4.1 ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía?  Sí  No

Nombre de la compañía		Teléfono	
Producto		Valor del deducible	
		No. de póliza	

(4.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía?  Sí  No

(4.3) Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(4.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de gastos médicos mayores rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes?  Sí  No Si respondió "Sí", favor explicar:

#### 5. INFORMACIÓN MÉDICA

(5.1) Médico(s) de la familia

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

(5.2) Exámenes médicos

¿Han tenido 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	Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si el resultado es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si el resultado es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si el resultado es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si el resultado es anormal, favor explicar					

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar.

(5.3) Condiciones médicas

Indique abajo si alguno de los solicitantes...		Sí	No
i	padece o ha padecido alguna enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii	actualmente está bajo tratamiento médico y/o de rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii	se le han practicado exámenes de laboratorio, gabinete, electrocardiogramas, biopsias u otros estudios para comprobar su estado de salud o diagnóstico médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv	padece enfermedad del corazón, del aparato circulatorio, hipertensión arterial, colesterol alto o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Indique abajo si alguno de los solicitantes...		Sí	No
v	padece o ha padecido de enfermedades respiratorias o pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi	padece o ha padecido de enfermedades del estómago, esófago, intestinos, páncreas o del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vii	padece o ha padecido de enfermedades de los riñones o tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viii	padece o ha padecido de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota u otro padecimiento de músculos o huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ix	padece o ha padecido cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x	le han sido hallados tumores benignos o malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xi	padece o ha padecido alguna enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xii	padece diabetes, padecimientos de la tiroides, glandulares, endócrinos o metabólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xiii	padece o ha padecido alguna enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xiv	tiene alguna anomalía de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xv	tiene algún padecimiento congénito o hereditario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xvi	padece o ha padecido alguna enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xvii	padece o ha padecido convulsiones, migrañas, parálisis u otros desórdenes neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xviii	presenta algún faltante de algún órgano y/o miembro o parte de él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xix	practica algún deporte o afición de riesgo, e indique cual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xx	viaja de manera frecuente en aeronaves privadas o en motocicletas, e indique la frecuencia: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxi	padece o ha padecido alguna enfermedad, o sufrido algún accidente o cirugía u hospitalización no señalada en los puntos anteriores o tiene alguna cirugía o tratamiento pendiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxii	(Pregunta exclusiva para hombres) padece o ha padecido enfermedades de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Preguntas exclusivas para mujeres

xxiii	¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxiv	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxv	¿Tiene más de 3 hijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxvi	¿Le han practicado legrados o cesáreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxvii	¿Ha sufrido algún aborto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxviii	¿Se ha sometido a algún tratamiento por infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTA:** Si practica deportes riesgosos de forma profesional y requiere que se cubra el riesgo, favor de solicitarlo con su agente.

### (5.4) Explicación de condiciones médicas

Número	_____	Solicitante	_____	Condición	_____
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	_____
Estado de salud actual			Información del médico		
Número	_____	Solicitante	_____	Condición	_____
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	_____
Estado de salud actual			Información del médico		
Número	_____	Solicitante	_____	Condición	_____
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	_____
Estado de salud actual			Información del médico		
Número	_____	Solicitante	_____	Condición	_____
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	_____
Estado de salud actual			Información del médico		

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar.

## 5. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

### (5.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?  
 Sí  No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar.

### (5.6) Hábitos

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales?  Sí  No  
Si respondió "Sí", explique.

Solicitante		Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad por día	
Solicitante		Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad por día	
Solicitante		Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad por día	

### (5.7) Historial familiar

¿Tiene alguno de los solicitantes historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario?  Sí  No Si respondió "Sí", explique.

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"/>	

## 6. AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. 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, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. (en adelante "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:

## 6. AVISO DE PRIVACIDAD (continuación)

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 receptoras 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](mailto: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](http://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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Firma del Titular
--------	------------------	------------------	--------	-------------------

## 7. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

De común acuerdo entre el Asegurado y Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (de ahora en adelante “la Aseguradora”), 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 la Aseguradora lo estima necesario, mismo que correrá a cargo de ésta. Además, autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado para dicho examen, a proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieren a mi salud o 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 proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento en que la Aseguradora lo considere necesario.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura, para que proporcionen a la Aseguradora la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi Solicitud, y que a su vez, la Aseguradora 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.

## 7. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (continuación)

Hago constatar 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 la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a la empresa aseguradora 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 si caso extienda la Aseguradora, otorgamos de una manera expresa nuestra conformidad con dichas cláusulas, y aceptamos las obligaciones que las mismas nos imponen como contratantes.

Queda convenido que la Aseguradora tendrá treinta (30) días, contados desde la fecha de recepción de esta Solicitud, para aceptar y dar curso a la misma. Si durante dicho período no recibimos la aceptación o negativa para esta Solicitud, ni noticia alguna en relación a la misma, dicha Solicitud se considerará como rechazada por la Aseguradora.

**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](http://www.bupa.com.mx).**

## 8. BENEFICIARIOS

En el caso de 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	Nombre
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Esta designación es válida hasta el monto máximo de 1000 unidades de cuenta vigentes en la Ciudad de México, y en caso de muerte del beneficiario del seguro, quedará sin efectos.

## 9. FIRMA

**Las firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones, reconocimientos, autorizaciones, designaciones y en general términos y condiciones de la presente solicitud.**

Firma del Asegurado Titular y/o Contratante			
Nombre del Asegurado Titular y/o Contratante	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Firma	Fecha		Día/Mes/Año

El suscrito declara que contrata la póliza para sí por su propia cuenta:  Sí  No

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:

Nombres			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	Nacionalidad		
Teléfono	Email		

## 9. FIRMA (continuación)

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 situaciones 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)	Firma	Fecha
	Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre		Día/Mes/Año
Nombre del Agente General		Clave del Agente General	

### ÚNASE A BUPA PAPERLESS

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](http://www.bupa.com.mx)
- De forma impresa



## 10. INFORMACIÓN DEL PAGO (El pago debe ser presentado con la Solicitud)

Modalidad de la póliza  Anual  Semestral  Trimestral \*  Mensual \*\*

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

\*\*Solo aplica productos Bupa One y Bupa One Plus

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

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

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

EL NÚMERO DE REFERENCIA BANCARIA SERA INCLUIDA EN SU RECIBO DE PAGO

Método de pago: Opción 3

Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

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

Mes/Año

Código de seguridad

Email

Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta)

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

Día/Mes/Año

Parentesco con el Asegurado

- Mismo  Padre/Madre  Hermano  Sobrino  Nieto  
 Cónyuge  Hijo  Cuñado  Abuelo  Representante Legal

## 10. INFORMACIÓN DEL PAGO (continuación)

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 al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, solicitamos por ambos lados fotocopia 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 documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 4 de noviembre de 2016 con los números CNSF-S0065-0886-2016, CNSF-S0065-0885-2016, CNSF-S0065-0887-2016, CNSF-S0065-0888-2016, CNSF-S0065-0880-2016, CNSF-S0065-0878-2016, CNSF-S0065-0876-2016, CNSF-S0065-0875-2016, CNSF-S0065-0879-2016, CNSF-S0065-0877-2016, CNSF-S0065-0883-2016, CNSF-S0065-0884-2016, CNSF-S0065-0873-2016, CNSF-S0065-0890-2016, CNSF-S0065-0874-2016, CNSF-S0065-0882-2016 y CNSF-S0065-0889-2016, y a partir del día 2 de diciembre de 2015 con los números CNSF-S0065-0571-2015, CNSF-S0065-0572-2015 y CNSF-S0065-0578.**

## 11. FORMATO ENTREVISTA PERSONAL

Nombre del Solicitante	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Fecha	Día/Mes/Año	Fecha	Día/Mes/Año
Relación de documentos persona física	<input type="checkbox"/> Identificación oficial <input type="checkbox"/> Constancia de la Clave única de registro de población <input type="checkbox"/> Firma Electrónica Avanzada (opcional) <input type="checkbox"/> Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses) <input type="checkbox"/> Documento con que se acredite legal estancia en el país, en caso de extranjeros <input type="checkbox"/> RFC (para facturación)		
Relación de documentos persona moral	<input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio <input type="checkbox"/> Registro Público de Comercio <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal (R.F.C) <input type="checkbox"/> Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses) <input type="checkbox"/> Testimonio notarial o copia certificada del instrumento en el que constan los poderes del representante <input type="checkbox"/> Identificación oficial del apoderado legal		
<b>Las copias simples de los documentos fueron cotejados contra sus originales.</b>			
La presente visita fue realizada por el Agente		Firma del Agente	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	

### 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 • servicioalcliente@bupalatinamerica.com • www.bupa.com.mx