

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

Sección 1. 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.

Identidad y domicilio.

Bupa México, con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, 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.

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.

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

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.

Finalidades para el tratamiento de los Datos Personales.

Primarias.

1. Brindar asesoría sobre los productos y servicios que ofrece el Responsable.
2. Evaluar 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. Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable.

4. Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso.

5. Gestionar los beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.

6. Colocación de riesgos en reaseguro así como gestión de cobro con los reaseguradores.

7. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.

8. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.

9. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.

10. 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.

11. Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.

12. 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.

13. 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.

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 de servicios asistenciales.

- Proveedores de servicios ambulatorios.
- 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.

Atención a solicitudes de Derechos ARCO, Quejas y Reclamaciones.

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.

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 aportar la documentación correspondiente.

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.

Póliza nueva Dependiente adicional Cambio

Fecha solicitada de inicio de cobertura

Día Mes Año

En caso de solicitar efectos retroactivos el contratante o el asegurado titular declara bajo protesta de decir verdad que el siniestro no se ha realizado y el riesgo cubierto por la póliza no ha ocurrido.

① Asegurado titular: detalles de póliza existente

Número de póliza

② Relación de documentos para identificación del cliente

Identificación oficial vigente

Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada (cuando cuente con ella)

Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral)

Identificación personal del apoderado o representante legal (solo persona moral)

Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera)

Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (cuando sea distinto al que aparezca en su identificación como persona física)

Constancia de Clave Única de Registro de Población y/o Cédula Fiscal (cuando cuente con ellas)

③ Datos generales de identificación del contratante (es quien paga la prima)

Persona física

Persona moral

Razón o denominación social / Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])

Fecha de nacimiento

Fecha de constitución

País de nacimiento (persona física)

Nacionalidad

Día Mes Año

Día Mes Año

RFC

No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)

Profesión u ocupación (persona física) - detallar

Objeto social o giro (persona moral)

Folio mercantil (persona moral)

No. de identificación fiscal (solo para extranjeros)

CURP

Origen de los recursos:
(Marcar la casilla correspondiente)

Actividad económica o giro declarado

Pensión/Rendimiento de inversiones

Herencia/Donación

Recursos de padre o madre

Recursos de cónyuge o concubino(a)

Otro

Especificar

Domicilio de residencia en México

Calle

No. Exterior

No. Interior

Municipio o delegación

Colonia

Entidad federativa

Ciudad o población

Código postal

Clave lada

Teléfono particular

Correo electrónico

Domicilio fiscal (cuando sea diferente al domicilio de residencia)

Calle

No. Exterior

No. Interior

Municipio o delegación

Colonia

Entidad federativa

Ciudad o población

Código postal

Clave lada

Teléfono particular

Correo electrónico

Domicilio de residencia en el extranjero

(mexicanos con planes internacionales que tengan residencia temporal fuera del país)

Domicilio completo

Teléfono

Correo electrónico

Datos generales del representante legal (persona moral)

Nombre completo

Nacionalidad

Información adicional sólo para persona física o representante legal

¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno?

Si
No

Definir cargo

Dependencia

Tabla de datos generales (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:)

Ref. figura	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo (F/M)	Estatura (Mts)	Peso (Kg)	Estado Civil
T*					Día Mes Año				
C*					Día Mes Año				
D1*					Día Mes Año				
D2*					Día Mes Año				
D3*					Día Mes Año				
D4*					Día Mes Año				

*Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) / Ref. figura: T- titular, C- cónyuge, Dependientes- D1, D2, D3, D4.

Tabla de datos generales

Ref. figura	Domicilio completo	Código postal	Correo electrónico	Teléfono	Nacionalidad
T					
C					
D1					
D2					
D3					
D4					

Preguntas solo para dependientes	D1	D2	D3	D4
Si se trata de una adición de un recién nacido, ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguno de los dependientes mayores de 18 años ¿Es estudiante de tiempo completo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④ Reducción mundial del consumo de papel

En Bupa 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:

⑤ Cuestionario médico (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:)

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 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 solicitud.

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

Historial médico	Si	No	No. figura		
1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente en los últimos 5 años? Responda sí, aún si la enfermedad se trató fuera de hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
2. ¿Ha sido hospitalizado por cualquier motivo u operado alguna vez? Responda sí incluso si han pasado más de 5 años o aún si fue operación ambulatoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
3. ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento prescrito por un profesional de la salud? Responda sí, si toma cualquier medicamento o terapia recetado o indicada por un profesional de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4

4. ¿Tiene algún síntoma, dolor o malestar persistente o crónico (más de 8 días), no diagnosticado? Responda sí, si recientemente ha tenido algún síntoma o dolor que no ha sido estudiado o diagnosticado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
5. Padece o ha padecido enfermedades congénitas y/o genéticas, detectadas desde el nacimiento, o la falta de algún miembro o una parte de este, o tiene alguna malformación diagnosticada visible o no en algún(os) órgano(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
6. ¿Algún(os) solicitante(s) o dependiente(s) padece(n) o ha(n) padecido de enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4

Detalles (en caso de pregunta con respuesta afirmativa)

No. Pregunta	Ref. Figura	Diagnóstico	Inicio			Fin			Estado actual
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

Exámenes médicos:

¿Algún de los solicitantes se ha realizado un examen médico general (Check Up) en los últimos 6 meses?

Ref. Figura	Fecha	Tipo de estudio	Resultado fuera de rango		Detalle
	Día Mes Año 		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
	Día Mes Año 		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
	Día Mes Año 		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Hábitos toxicológicos: ¿Algunos de los solicitantes y/o dependientes?

Ref. Figura	Fuma	¿Qué fuma?	Cantidad mensual	Consumo alcohol	¿Qué bebe?	Cantidad mensual	Consumo drogas	¿Qué consume?	Cantidad mensual
	<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Si		
	<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Si		
	<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Si		

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

Ref. Figura	Padre	Madre	Hermano	Hijo	Padecimiento
	<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"/>	

Completar la siguiente sección solo en caso de haber indicado alguna respuesta afirmativa en la sección de preguntas del cuestionario médico. En caso de respuesta negativa continúe con el llenado de la sección 5.

Preguntas	Si	No	Ref. figura		
1. ¿Del corazón o la circulación (entre otras: presión arterial alta, angina/dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, entre otros), afecciones de las arterias coronarias (con o sin colocación de stent) o presenta colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4

2. ¿Del sistema endocrino? (entre otras, diabetes tipo 1 o tipo 2, problemas de tiroides, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
3. ¿Del sistema respiratorio? (entre otras, asma, enfisema, bronquitis crónica, tuberculosis, alergias respiratorias como fiebre del heno, anafilaxia, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
4. ¿Del sistema digestivo? (entre otras: esófago, estómago, duodeno, intestinos, hígado, páncreas, vesícula biliar, colon, divertículos, hemorroides, enfermedades ano rectales, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, o hernias hiales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
5. ¿De la piel o sus anexos? (entre otras: eczema, dermatitis, psoriasis, acné, lunares, lupus discoide, alergias cutáneas, problemas en las uñas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
6. ¿Del sistema nervioso? (entre otras: convulsiones, migrañas, neuritis, parálisis, enfermedades como esclerosis múltiple, derrames/infartos cerebrales (eventos cerebrovasculares), meningitis, herpes zoster).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
7. ¿Del sistema musculoesquelético? (entre otras: columna vertebral, cadera, rodilla, hernias de cualquier tipo, artritis, fracturas, desgaste articular, cirugías).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
8. ¿Del sistema genitourinario? (entre otras: riñones, vejiga, uréteres, próstata (en hombres), cólicos reno-ureterales, incontinencia, reflujo vesico-ureteral, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
9. ¿De la sangre o del sistema inmune? (entre otras: enfermedades inmunológicas de la sangre, Lupus eritematoso Sistémico, anemias autoinmunes, enfermedad reumática, talasemias, deficiencias de la coagulación o enfermedades de la colágena, purpura, VIH/SIDA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
10. ¿De los ojos, oídos, nariz y garganta? (entre otras; afectación a la agudeza visual, cataratas, glaucoma, queratocono, sinusitis, amígdalas y adenoides, pérdida auditiva).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
11. ¿Psiquiátrico o de la mente y el comportamiento? (entre otras: esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, autismo, déficit de atención).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
12. ¿Cáncer? (entre otras: tumores cancerosos en algún órgano, tumores linfoma y mieloproliferativos, lesiones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes, lipomas, melanomas, entre otros, queratosis, tratamientos con quimio y/o radioterapia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
13. ¿Cirugía(s) cosmética(s)? (entre otras: aumento/reducción de mamas o cirugía de nariz, párpados, abdomen, glúteos, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
14. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
15. ¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización que debamos saber y no haya sido mencionada arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> D1
			<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4

Detalles (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí:)

Ref. Figura	No. Pregunta	Diagnóstico	Inicio	Fin	Estado actual
			Día Mes Año	Día Mes Año	
			Día Mes Año	Día Mes Año	
			Día Mes Año	Día Mes Año	
			Día Mes Año	Día Mes Año	
			Día Mes Año	Día Mes Año	

			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

Preguntas exclusivas para mujeres

Preguntas	Si	No	Ref. figura	Detalle
a) 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, entre otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Citología exfoliativa (Papanicolau); último reporte anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
c) ¿Está embarazada? (de ser afirmativo, debe contestar cuestionario adicional).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Semana de gestación:
d) ¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-eclampsia eclampsia, diabetes gestacional, embarazo ectópico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) ¿Ha tenido algún aborto, legrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Motivo:
f) ¿Ha tenido tratamientos de fertilidad/infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Detalles

Ref. Figura	Embarazos			Partos			Cesáreas			Legrados		
	Si	No	Cantidad									
	<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"/>	

Preguntas exclusivas para hombres

Preguntas	Si	No	Ref. figura	Detalle
¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ⓞ Médico tratante: Si el solicitante y/o cualquiera de sus dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos

Ref. Figura	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono

7 Elija su plan

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

Productos Internacionales - Global Health Plans

Producto	Deducibles					
	Plan A	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"/> Ultimate		<input type="checkbox"/> US\$0	<input type="checkbox"/> US\$1,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000		

Producto Nacional - Bupa Nacional Plus

Suma asegurada	<input type="checkbox"/> MXN\$5,000,000	<input type="checkbox"/> MXN\$10,000,000	<input type="checkbox"/> MXN\$20,000,000	<input type="checkbox"/> MXN\$50,000,000	
Deducible	<input type="checkbox"/> MXN\$9,000	<input type="checkbox"/> MXN\$17,000	<input type="checkbox"/> MXN\$35,000	<input type="checkbox"/> MXN\$55,000	<input type="checkbox"/> MXN\$115,000
Coaseguro	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	Zona geográfica:	<input type="checkbox"/> Zona 1 <input type="checkbox"/> Zona 2

Reconocimiento de antigüedad Si No (en caso afirmativo favor de llenar tabla 10)

Otros productos

Nombre del producto			
Deducible		Coaseguro	

Coberturas adicionales

Únicamente disponible para productos Bupa Care:	<input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Padecimientos congénitos	<input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante ⁽²⁾
Únicamente disponible para Bupa One y Bupa One Plus:	<input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> 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

Otras cobertura adicionales, Especificar:

8 Detalle sobre su pago

Modalidad de la póliza: Anual Semestral Trimestral* 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://onlineservices.bupasalud.com/Bupa.OnlineServices/OnlineServicesWeb/>. 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. En caso de requerir algún cambio en la forma y medio pago será obligación del Cliente informar a Bupa México mediante los formatos establecidos para ello.

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.

9 Beneficiario

En caso de que el asegurado titular/contratante 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:

Nombre(s)	Apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento
		Día Mes Año
Domicilio	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 contingente del seguro, quedará sin efecto.

10 Información sobre otros seguros

Llenar si el solicitante y/o dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía. Favor adjuntar factura en PDF y XML del pago de los últimos 12 meses

Ref. Figura	Nombre de la compañía	No. de póliza	Fecha de renovación
			Día Mes Año
			Día Mes Año
			Día Mes Año

11 Reconocimiento y autorización

Hago constar que la información y datos personales propios, así como los del asegurado titular, dependientes y beneficiarios, asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro y cobertura que solicito. En caso de que Bupa México así lo estime necesario, declaro estar dispuesto(a) a que se me practique a mi y/o a mis dependientes un examen médico mismo que correrá por cuenta de Bupa México.

En este acto autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y proveedores de servicios médicos en general que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el establecimiento de mi salud, la del asegurado titular o la de alguno de mis dependientes a proporcionar a Bupa México todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura para que proporcionen a Bupa México la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud, y que a su vez, Bupa México proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado por mi persona.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo potestad de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro. De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a Bupa México para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. La firma de la presente solicitud constituye la aceptación expresa y por escrito de todas las declaraciones listadas arriba, incluyendo el Aviso de Privacidad Simplificado.

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.

Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: www.bupasalud.com.mx

Declaración de origen lícito de recursos

Declaro bajo potestad de decir la verdad que los valores entregados en **Bupa México**, por concepto de pago de Prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito. Asimismo, declaro que toda la información contenida en este formulario, así como la documentación que se anexa, es real, verdadera, completa, y a la fecha; por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier error, omisión o falsedad.

También reconozco mi obligación de actualizar la información aquí descrita en el momento que existieran cambios en tanto mantenga una relación vigente con Bupa.

Como constancia, de haber leído, entendido, y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo persona física)

Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de la póliza

Declaro bajo potestad de decir verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Si el cliente declaró que actúa a cuenta de un tercero, se deberán recabar datos y documentos del tercero.

Manifiesto que Bupa México me ha proporcionado las Condiciones Generales del plan a contratar en términos del artículo 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismas que se encuentran disponibles en la página web: www.bupasalud.com.mx

Ciudad: _____

En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona

Firma del contratante (Quien paga la prima)

Fecha: Día Mes Año

Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de la póliza

El agente y/o ejecutivo que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en este formato, asimismo, cotejó los documentos de identificación proporcionados por el cliente contra sus originales.

Los agentes de seguros y/o ejecutivos de venta deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo, proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento, relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes y/o ejecutivos de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas; ni tiene la facultad para cancelar el seguro o recibir la solicitud de cancelación correspondiente. El agente y/o ejecutivo de seguros manifiesta que ha entregado al contratante las condiciones generales del seguro cuya contratación se propone en esta solicitud.

Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número
Clave de agente		

Nombre y firma del agente o ejecutivo

Acepto que he leído y entendido el Aviso de Privacidad de Bupa México, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso y por escrito para que mis datos personales y datos personales sensibles sean utilizados para dar trámite a la presente solicitud de seguro.

Fecha de firma: de del 20

Nombre del titular _____ Nombre del contratante _____

Firma del titular _____ Firma del contratante _____

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 10 de septiembre de 2020 con el número CGEN-S0065-0170-2020.

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 • 800 227 3339 • atencioncliente@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx