

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE

Se previene al solicitante que conforme a la ley sobre el contrato de seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer al momento de firmar, en la inteligencia de que la omisión, inexacta o falsa declaración de algún hecho importante para la apreciación del riesgo, facultará a la aseguradora a considerar rescindido pleno de derecho al contrato.

ESTA SOLICITUD NO ES VALIDA SI TIENE TACHADURAS, ENMEDADURAS, CORRECTOR O ESPACIOS EN BLANCO

 Nueva Póliza

 Aumento de Dependientes

 Cambio de plan
1.- Datos del Contratante:

Nombre (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre.)				
Domicilio: Calle y Número		Colonia		Ciudad
Estado	Código postal	Teléfono Casa	Teléfono Oficina	R.F.C.

2.- Datos del Asegurado Propuesto:

Nombre (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre.)				
Domicilio: Calle y Número		Colonia		Ciudad
Estado	Código postal	Teléfono Casa	Teléfono Oficina	Años en este Domicilio
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Estado Civil Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento	Ciudadanía	País de Residencia	E-Mail	

NOTAS:

A) SE REQUIERE UNA DECLARACIÓN MÉDICA (APS) PARA CUALQUIER PERSONA A PARTIR DE LOS 65 AÑOS DE EDAD.

B) DECLARAR BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE NINGUNO DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS PERMANECE EN LOS ESTADOS UNIDOS 6 MESES O MÁS CADA AÑO.

3.- Ocupación del Asegurado Propuesto: _____ **Ocupación del cónyuge:** _____

4.- Plan de Seguro que Solicita:

Se indica plan y deducible en dólares americanos

BUPA INTERNACIONAL				BUPA SELECT				
<input type="checkbox"/> MB 1,000	<input type="checkbox"/> MC 2,000	<input type="checkbox"/> MC PLUS 5,000	<input type="checkbox"/> MD 10,000	<input type="checkbox"/> ME 20,000	<input type="checkbox"/> MS1 1,000	<input type="checkbox"/> MS2 2,000	<input type="checkbox"/> MS5 5,000	<input type="checkbox"/> MS7 10,000
<input type="checkbox"/> Maternidad			<input type="checkbox"/> Piloto Privado		<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos			

5.- Enviar Avisos de Prima a
 Residencia

 Oficina

 Otra Dirección

Domicilio: _____

6. Si esta solicitud incluye hijos mayores de 19 años de edad ¿Son estudiantes de tiempo completo en un colegio o universidad? Si No

Nombre y número telefónico del colegio o universidad: _____

7. ¿El cónyuge y/o alguno de los hijos ha sido excluido de esta solicitud? Si No

Explique por qué: _____

8. ¿Reemplaza el seguro solicitado (si se emite la póliza) algún otro seguro en existencia? Si No

Si la respuesta es sí, explique y adjunte copia de la póliza y el recibo del último pago: _____

9. ¿Alguna compañía de seguros ha negado al solicitante la emisión, rehabilitación, renovación, se ha cancelado o extraprimado algún seguro de vida o de salud en la vida de cualquier persona propuesta aquí para la cobertura? Si No

Si la respuesta es afirmativa explique: _____

10. ¿Alguna vez ha presentado usted algún reclamo de seguro, ya sea para usted o para algún miembro de su familia propuesta para Cobertura? Si No

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, por favor dar detalles en el inciso No. 15 o aquí: _____

11.- Indique todas las personas que estarán cubiertas por esta póliza:

Nombre (Solicitante/Dependientes)		Parentesco	Estado Civil	Fecha de nacimiento mes/día/año	Edad	Sexo	Peso kg.	Estatura
Apellido(s)	Nombre(s)							
		<i>Solicitante</i>		/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M
				/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M
				/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M
				/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M
				/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M

Importante: todos los hijos que cumplan la edad de 19 años o hasta que cumplan 24 años, si son solteros y estudiantes de tiempo completo, podrán ser cubiertos bajo el mismo plan como dependientes. (prueba de registro universitario)

INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PERSONALES				
Propuesto asegurado	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono	e-mail/fax

12.- ¿Algún médico o practicante de medicina le ha informado a alguno de los solicitantes haber padecido o haber recibido tratamiento por?:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Alergia (s)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Infecciones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Trastornos de la visión o el oído?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Epilepsias, desmayos, convulsiones, parálisis, migraña u otro desorden neurológico?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Problemas del corazón o del sistema circulatorio, dolores del pecho, presión arterial alta, dificultad al respirar, fiebre reumática defecto cardíaco, arritmia, alto colesterol o triglicéridos u otro desorden? Cardiovascular?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Enfermedad pulmonar, asma, bronquitis, cuerdas vocales, u otra?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Trastornos estomacales, intestinales, colon, recto, hígado, bazo, vesículas, páncreas, esófago, hemorroides, hernia u otro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Desórdenes de los riñones, de las vías urinarias, albúmina o sangre en la orina, trastornos de la vejiga u otro(s)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Trastornos musculoesqueléticos o desórdenes de la espalda dorsal, reumatismo, artritis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidad u otro(s)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Cáncer o tumores?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Anemia, leucemia, linfoma o desórdenes del bazo, los ganglios linfáticos u otro desorden de la sangre o le han hecho transfusiones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Otitis, sinusitis, trauma nasal u otro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Trastornos endocrinológicos, de la tiroides, diabetes, u otro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. ¿Desórdenes del pene, testículos, próstata, u otro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. ¿Enfermedades transmitidas sexualmente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. ¿Trastornos menstruales, ovarios, útero, trompas de falopio, vagina, mamas u otro(s)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. ¿Desórdenes de la piel?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r. ¿Desórdenes congénitos o hereditarios?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s. ¿Alguna enfermedad, lesión, o accidente no mencionado anteriormente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.- Indique si alguno de los propuestos asegurados en cualquier momento:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Se le ha recomendado someterse a una operación que aún no se haya efectuado?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Le ha sido recomendado seguir algún tratamiento o tomar algún medicamento o lo está tomando?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es afirmativa, indicar el nombre, dosis y diagnóstico: _____ | | |
| e. ¿Fuma cigarrillos o consume productos que contengan nicotina, alcohol, narcóticos o cualquier droga ilegal?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo: _____ | | |
| Cantidad por semana: _____ | | |
| f. ¿Alguno de los propuestos asegurados tiene una historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos o circulatorios, enfermedades congénitas o hereditarias?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14.- Indique si alguno de los propuestos asegurados, en algún momento en los últimos cinco años:

Si No

- a. ¿Ha consultado un médico u otro profesional de la salud?.....
 Motivo de la Consulta: _____
- b. ¿Ha tenido algún chequeo médico, pediátrico o ginecológico de rutina?.....
 Indique resultados: _____
- c. ¿Ha tenido alguna consulta por enfermedad o lesión, además de los chequeos de rutina?.....
 Si su respuesta es afirmativa por favor explique _____
- d. ¿Se ha sometido a un examen de VIH?.....
 Indicar resultados: _____

15.- Detalles de las respuestas afirmativas a las preguntas 12.-, 13.- Y 14.- anteriores:

Pregunta No.	Nombre de la Persona	Condiciones y operaciones si las ha tenido	Fecha		Nombre y Teléfonos de médicos y Hospitales
			Desde	Hasta	

Comentarios del Agente "para efectos administrativos"

Si No

- 1 ¿Desde cuándo conoce a los propuestos asegurados?.....
- 2 ¿Tiene alguna información que pudiese afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados?.....
 Si su respuesta es afirmativa por favor explique _____
- 3 ¿Cuál es su relación con el propuesto asegurado?.....
- 4 ¿Hubo algún propuesto asegurado que usted no conoció?.....
 Si su respuesta es afirmativa, explique por qué _____

Comentarios Adicionales: _____

Si necesita espacio adicional, por favor utilice una hoja aparte, con fecha y firma del titular.

De común acuerdo entre Asegurado y la Compañía 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 Bupa México Compañía de Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieren a mi salud o de mis dependientes.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios, que operen dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el restablecimiento de mi salud o de la de alguno de mis dependientes, a proporcionar a Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición, puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento en que Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V. lo estime conveniente.

Así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V., la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V. 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 seguro del ramo que le sea solicitado por mi persona.

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

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaramos que todas las respuestas contenidas en la misma, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

Nos hemos enterado detenidamente de las cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V. (la compañía), que otorgamos de una manera expresa nuestra conformidad con esas cláusulas y aceptamos las obligaciones que las mismas nos imponen como contratantes.

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

Lugar y Fecha _____

Firma del Contratante _____

Firma del Propuesto Asegurado _____

Firma del Cónyuge _____

Nombre y firma del agente _____

Clave del agente _____

Clave y nombre del Agente General _____





"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros"

INFORMACIÓN DE PAGO

Forma de pago de la póliza: Anual Semestral Trimestral

Prima: \$ _____
Coberturas adicionales: \$ _____
Derecho de Póliza: \$ _____
Total: \$ _____

MÉTODO DE PAGO

Opción 1	<input type="checkbox"/> Cheque	Nota: POR FAVOR NO ENVIAR EFECTIVO Emitir pago a nombre de: Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V.	
Opción 2	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria:	BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A. Sucursal 197 C.F. Lomas Número de cuenta 5951460 Bupa México Compañía de Seguros, S.A de C.V. Clabe: 0012180019759514604	BBV BANCOMER Sucursal 957 C.F. Lomas Número de cuenta 0152307510 USD Bupa México Compañía de Seguros, S.A de C.V. Clabe: 012180001523075102
Opción 3	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito.	Por favor proveer la siguiente información	
Yo, _____ autorizo a Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V. a cargar a mi tarjeta de crédito			
		Código American Express _____	
<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
<input type="checkbox"/> 			
Número de tarjeta	_____	Fecha de expiración.	____/____ Mes Año
Cantidad a cargar	_____ Dolares		
Identificación Oficial No.	_____		
Credencial Elector <input type="checkbox"/>	Cedula Profesional <input type="checkbox"/>		
Pasaporte <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		
Dirección del tarjetahabiente (donde éste recibe los estados de cuenta de su tarjeta) _____ _____			
Teléfono del tarjetahabiente _____			
Email _____			
Firma del tarjetahabiente _____			

CARGO AUTOMATICO PARA PRIMAS SUBSECUENTES

Por mi firma en este documento, yo autorizo a Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V. (en lo sucesivo Bupa) a cargar directamente a la tarjeta de crédito que he identificado más arriba el monto indicado para el pago de la prima de seguro del seguro de Gastos Médicos celebrado con Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V.,

reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es declinado o rechazado por cualquier razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de Gastos Médicos Bupa o mi Póliza de Gastos Médicos pudiera ser cancelada.

Firma _____

Fecha _____